

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Obstetricia y Ginecología



TESIS DOCTORAL

Estudio epidemiológico transversal poblacional sobre prevalencia de vejiga hiperactiva en la mujer postmenopáusica.

Factores asociados y calidad de vida

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Isabel María Vielsa Gordillo

Directores

José Manuel Hernández García

Eloy Muñoz Gállico

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Obstetricia y Ginecología



**ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO TRANSVERSAL
POBLACIONAL SOBRE PREVALENCIA DE VEJIGA
HIPERACTIVA EN LA MUJER POSTMENOPAUSICA.
FACTORES ASOCIADOS Y CALIDAD DE VIDA**

Tesis Doctoral presentada por:

Isabel María Vielsa Gordillo

Directores

Prof. Dr. José Manuel Hernández García

Dr. Eloy Muñoz Gállico

Madrid 2015

“Nunca te das cuenta de lo que has hecho; sólo puedes ver lo que queda por hacer.”

Marie Curie (1867-1934)

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, el Prof. Hernández García y el Dr. Muñoz Gállico. A este último especialmente, por sus indicaciones, su implicación, sus consejos y su experiencia.

A la Unidad de Suelo Pélvico, por la ayuda y las enseñanzas recibidas durante todo el proceso, especialmente al Dr. Muñoz Garrido.

A la Dra. Ana Bolívar y la Dra. Elisa Simón, que me han ayudado en la ardua tarea de la recogida de datos.

A las enfermeras y auxiliares de la sección de urgencias maternas, por la paciencia que han presentado en todo momento.

A David Lora, por su generosa y desinteresada colaboración en este estudio.

A mis amigos: la Dra. García Alcázar, la Dra. Mejías, la Dra. Marina, la Dra. Hernández, la Dra. Batllori y el Dr. Olloqui, que me han ayudado en los momentos más duros.

A todos los residentes de ginecología, que han colaborado siempre que se lo he pedido, en especial, a la Dra. Villalaín.

A todos los compañeros y amigos que en algún momento han tenido palabras de ánimo.

A mis padres,

a Alejandro

ÍNDICE

	Página
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1. DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA	4
2.1.1. Definición de incontinencia urinaria	4
2.1.2. Clasificación de la incontinencia urinaria	5
2.1.2.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo	5
2.1.2.2. Incontinencia urinaria de urgencia	5
2.1.2.3. Incontinencia urinaria mixta	5
2.1.2.4. Incontinencia urinaria continua	6
2.1.2.5. Enuresis nocturna	6
2.1.2.6. Incontinencia de orina sin causa orgánica	6
2.1.2.7. Vejiga hiperactiva	6
2.2. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO	6
2.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA	14
2.3.1. Teoría Integral de la Continencia	14
2.3.2. Fisiopatología de la vejiga hiperactiva	17
2.3.2.1. Fisiología de la micción	17
2.3.2.2. Alteraciones fisiológicas en la vejiga hiperactiva	18
2.3.2.2.1. <i>Alteraciones miogénicas</i>	19
2.3.2.2.2. <i>Alteración del reflejo miccional</i>	19
2.3.2.2.3. <i>Alteraciones en la neurotransmisión</i>	21
2.3.2.2.4. <i>Alteraciones sensoriales y emocionales</i>	21
2.3.2.2.5. <i>Otras causas</i>	22

	Página
2.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA	22
2.4.1. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer	22
2.4.1.1. Prevalencia de Vejiga Hiperactiva	23
2.4.2. Factores de riesgo de incontinencia urinaria en la mujer	25
2.4.2.1. Edad	25
2.4.2.2. Embarazo y parto	26
2.4.2.3. Obesidad	26
2.4.2.4. Otros factores	27
2.5. EL DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y DE LA VEJIGA HIPERACTIVA	27
2.6. TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA	30
2.7. VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA	35
3. OBJETIVOS	38
3.1. OBJETIVO PRINCIPAL	38
3.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS	38
4. MATERIAL Y MÉTODO	40
4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	40
4.2. MATERIAL	40
4.2.1. Población de estudio	40
4.3. MÉTODO	40
4.3.1. Tamaño muestral	40
4.3.2. Selección de los sujetos de estudio	41

	Página
4.3.3. Metodología	42
4.3.3.1. Encuesta telefónica	42
4.3.3.2. Entrevista presencial	44
4.3.3.3. Fases del estudio y plan de trabajo	51
4.3.4. Método informático	53
4.3.5. Análisis estadístico	54
4.3.6. Definiciones	55
5. RESULTADOS	56
5.1. PREVALENCIA DE VEJIGA HIPERACTIVA (VH) E INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU)	56
5.1.1. Prevalencia de vejiga hiperactiva (VH)	56
5.1.2. Prevalencia de incontinencia urinaria de urgencia (IUU)	59
5.2. VEJIGA HIPERACTIVA Y FACTORES ASOCIADOS	62
5.2.1. Vejiga hiperactiva y obesidad	62
5.2.2. Vejiga hiperactiva y antecedentes obstétricos	63
5.2.3. Vejiga hiperactiva y menopausia	67
5.2.4. Vejiga hiperactiva. Relación entre severidad clínica y menopausia	69
5.3. OTRAS PATOLOGÍAS UROGENITALES. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO E INCONTINENCIA URINARIA MIXTA	73
5.3.1. Prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)	73
5.3.2. Prevalencia de incontinencia urinaria mixta (IUM)	75
5.4. VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA	76

	Página
5.5. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS	81
5.6. SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN CONSULTA	84
6. DISCUSIÓN.	87
6.1. INCONTINENCIA URINARIA. PREVALENCIA DE LA VEJIGA HIPERACTIVA	87
6.2. CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA POBLACIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERACTIVIDAD VESICAL	94
6.3. OTROS SÍNTOMAS UROGENITALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO	99
6.4. VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA	102
6.5. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA	107
6.6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE SUELO PÉLVICO	111
7. CONCLUSIONES	113
8. BIBLIOGRAFÍA	115

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
TABLA 1. Edad e incontinencia urinaria. Factores relacionados	26
TABLA 2. Fármacos que pueden provocar incontinencia urinaria	29
TABLA 3. Antimuscarínicos comercializados en España	34
TABLA 4. Encuesta telefónica	43
TABLA 5. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF	45
TABLA 6. Escala de Percepción de la Urgencia (PPUS)	45
TABLA 7. Cuestionario sobre vejiga hiperactiva. Versión corta (OABq-SF)	46
TABLA 8. King's Health Questionnaire	47
TABLA 9. Test de severidad de Sandvik	49
TABLA 10. Información que se otorgará a los posibles participantes	50
TABLA 11. Consentimiento informado	51
TABLA 12. Datos recogidos por paciente	53
TABLA 13. Prevalencia global de vejiga hiperactiva	56
TABLA 14. Prevalencia de VH por grupos de edad	57
TABLA 15. Prevalencia de vejiga hiperactiva distribuida por décadas.	58
TABLA 16. Prevalencia global de incontinencia urinaria de urgencia	59
TABLA 17. Prevalencia de IUU por grupos de edad	60
TABLA 18. Prevalencia de IUU distribuida por décadas	61
TABLA 19. Asociación entre vejiga hiperactiva y obesidad	62
TABLA 20. Antecedentes obstétricos y patología asociada	66

	Página
TABLA 21. Edad media de la menopausia en los distintos grupos	67
TABLA 22. Puntuación del test ICIQ-SF	70
TABLA 23. Puntuación del test ICIQ-SF y edad media menopausia	70
TABLA 24. Puntuación del test de Sandvik	71
TABLA 25. Puntuación del test de Sandvik y edad media de la menopausia	72
TABLA 26. Prevalencia global de IUE	73
TABLA 27. Prevalencia de IUE por grupos de edad	74
TABLA 28. Prevalencia de IUE distribuida por décadas	74
TABLA 29. Resultados del cuestionario OABq-SF	77
TABLA 30. Puntuaciones medias para cada dominio del King`s Health Questionnaire en las diferentes patologías	79
TABLA 31. Uso de recursos sanitarios en mujeres con patología urinaria	82
TABLA 32. Profesional sanitario al que consultaron las pacientes con patología urinaria	83
TABLA 33. Seguimiento, tratamiento y evolución de las pacientes tratadas en la consulta	84
TABLA 34. Otras patologías asociadas a VH e IUE	85
TABLA 35. Resultados de distintos estudios sobre prevalencia de incontinencia urinaria en población femenina	89

ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
Figura 1. Cavidad pélvica	8
Figura 2. División del periné en un triángulo anterior y otro posterior	10
Figura 3. Plano muscular superficial del suelo de la pelvis	11
Figura 4. Plano muscular profundo del periné	13
Figura 5. Control de la micción a nivel del SNC	20
Figura 6. Prevalencia de vejiga hiperactiva por grupos de edad	58
Figura 7. Prevalencia de VH y de IUU por grupos de edad	61
Figura 8. Antecedentes obstétricos de interés en la VH	63
Figura 9. Antecedentes obstétricos de interés en la IUE	64
Figura 10. Antecedentes obstétricos de interés población sana	65
Figura 11. Antecedentes obstétricos en población sana y con patología asociada	66
Figura 12. Edad media de la menopausia	69
Figura 13. Prevalencia de las distintas patologías por grupos de edad	75
Figura 14. Distribución de VH aislada y asociada a IUE	76
Figura 15. Distribución de la puntuación del test OABq-Sf por grupos de edad y para las diferentes patologías	78
Figura16. King's Health Questionnaire	80

ABREVIATURAS

VH: Vejiga Hiperactiva

IUU: Incontinencia Urinaria de Urgencia

IUE: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo

IUM: Incontinencia Urinaria Mixta

ICS: International Continence Society

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

ICIQ-SF: Incontinence Questionnaire Short Form

OABq-SF: Overactive Bladder questionnaire-Short Form

PPUS: Patient Perception Urgency Scale

POP: Prolapso de Órganos Pélvicos

ITU: Infección del Tracto Urinario

***OAB:** Overactive bladder

***UUI:** Urgency Urinary Incontinence

***SUI:** Stress Urinary Incontinence

***MUI:** Mixed Urinary Incontinence

INTRODUCCIÓN

ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO TRANSVERSAL POBLACIONAL SOBRE PREVALENCIA DE VEJIGA HIPERACTIVA EN LA MUJER POSTMENOPAUSICA. FACTORES ASOCIADOS Y CALIDAD DE VIDA

INTRODUCCIÓN

La patología médica hoy conocida como vejiga hiperactiva es un síndrome complejo que, a lo largo del tiempo, ha recibido distintas denominaciones en la literatura. Éste es uno de los motivos que ha conducido a que las tasas de prevalencia de la misma en la bibliografía nacional e internacional hayan sido muy dispares. Fue en el año 2002 cuando la International Continence Society (ICS) define, en un intento de estandarización de la terminología, la vejiga hiperactiva como: *síndrome que se caracteriza por la aparición de urgencia con o sin incontinencia urinaria, generalmente acompañada de frecuencia y nocturia, cuando dichos síntomas no están originados por una patología identificable* (1). En este mismo documento se define la “urgencia” (síntoma clave para el diagnóstico) como la *“sensación imperiosa de orinar, molesta para el paciente y que, generalmente, no puede ser diferida”*.

Los estudios realizados hasta la fecha muestran diferentes cifras en los resultados de prevalencia de vejiga hiperactiva, entre otras causas, por las diferentes definiciones que ha recibido la entidad; sin embargo, en la mayor parte ellos, la prevalencia es superior en las mujeres que en los hombres y aumenta para ambos sexos a medida que avanza la edad. En la población femenina se suele observar un importante aumento a partir de la menopausia, pues el déficit estrogénico puede predisponer a la aparición de la patología.

Dichos estudios también ponen de manifiesto que el diagnóstico clínico de vejiga hiperactiva, en parte debido al envejecimiento de la población y, en parte debido a una mayor demanda social, es cada vez más frecuente en las consultas médicas, pero a pesar de ello, la prevalencia observada suele ser inferior a la prevalencia real de la enfermedad. Por ello, se hacen precisos más estudios que ayuden a conocer mejor esta prevalencia. Hasta el momento existen pocos trabajos en la bibliografía y, ninguno en nuestro medio, en

relación con la epidemiología de la vejiga hiperactiva, tratando la mayoría de ellos acerca de la prevalencia de incontinencia urinaria.

Por otro lado, se ha observado que la incontinencia urinaria en sí produce un deterioro importante en la calidad de vida; pero, además, los síntomas son significativamente peores en la vejiga hiperactiva que en la incontinencia urinaria de esfuerzo (5). El hecho de ser una enfermedad infradiagnosticada, crónica, aparecer en edades avanzadas y suponer un impacto en la calidad de vida, ha aumentado el interés por su estudio en países occidentales.

OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio es determinar la prevalencia de vejiga hiperactiva en mujeres postmenopáusicas pertenecientes al área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre, las variaciones en la misma según grupos de edad y los factores de riesgo asociados. A su vez, hemos establecido como objetivos secundarios: describir las características basales de la población femenina postmenopáusica afecta y no afecta de vejiga hiperactiva (VH), evaluar la presencia de otros síntomas urogenitales en la población de estudio y su asociación con la VH, evaluar el uso de recursos sanitarios por parte de las pacientes afectas de VH, su percepción de enfermedad y el deseo de evaluación, seguimiento y tratamiento. Por último, ver la afectación en la calidad de vida asociada a problemas urinarios, principalmente a la VH.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio primario, no experimental, transversal, de prevalencia de vejiga hiperactiva y factores de riesgo asociados en población postmenopáusica sana, en el que los sujetos han sido incluidos de forma aleatoria. Los participantes seleccionados han sido mujeres de la población general, pertenecientes al área sanitaria del Hospital 12 de Octubre, con edad igual o superior a 50 años, siendo el criterio de inclusión para el estudio que se encuentren en el período de menopausia. Las mujeres que aún no estaban en

menopausia fueron excluidas del estudio. A todos los participantes se les realizó una *encuesta* para la recolección de datos. La primera parte de la encuesta se realizó telefónicamente (para la identificación de los posibles “casos”) y, la segunda, de manera presencial (para una valoración más precisa de la patología).

Se realizó la encuesta telefónica a 716 sujetos. Dicha encuesta constaba de una serie de preguntas breves orientadas a la detección de factores de riesgo y de clínica de vejiga hiperactiva y, en los casos que presentaron patología urinaria, de la realización adicional de un cuestionario sobre severidad de la incontinencia. Si el sujeto era clasificado como “caso”, además, acudiría a una cita presencial en el hospital, donde se realizaría una valoración completa y una serie de test validados (ICIQ-SF, OABq-SF, Test de Sandvick, King’s Health Questionnaire, etc.)

RESULTADOS

De las 716 participantes entrevistadas telefónicamente, 139 muestran clínica de VH (19.41 %, IC 95% 16.5-22.5). Cuando estratificamos los resultados obtenidos por décadas, encontramos que la prevalencia de VH aumenta de forma progresiva con la edad, principalmente a partir de la octava década de la vida (20.6 %), obteniéndose el valor más alto hacia la novena década (27.5 %). Sin embargo, en las mujeres más jóvenes la prevalencia es menor, siendo el grupo de edad de 50-59 años el que presenta menor prevalencia de VH (15.5 %). Por tanto, la probabilidad de que una mujer de 80 o más años presente VH es más del doble de la de una mujer de 50-59 años (OR 2.07, IC95%; 1.20-3.58), $p=0.08$ para la diferencia de proporciones.

De las 139 participantes con VH, 82 presentan además clínica de IUU (58.9 %), lo que supone que la prevalencia de IUU total en la población estudiada es del 11.45 % (IC95% 9.2-14.0). Los resultados obtenidos para IUU muestran cómo la prevalencia de la misma se mantiene prácticamente estable hasta alcanzar los 80 años de edad, donde aumenta de forma importante. Nuevamente, la probabilidad de que una paciente de 80 o más años padezca

IUU es mucho mayor que la de mujeres más jóvenes (OR 2.77; IC95% 1.43-5.35) ($p < 0.001$).

En cuanto a factores asociados a VH, hemos obtenido que 11 de las 43 pacientes (25.5 %) que acudieron a la evaluación presencial de los síntomas urinarios son obesas. Cuando analizamos el grupo que no presenta obesidad, encontramos que el 59.4 % tiene clínica de VH y un 40.6% clínica urinaria compatible con otros trastornos, mientras que, en el caso de las obesas, el 100 % de ellas presentaba clínica compatible con VH ($p=0.01$). Por ello, podríamos considerar la obesidad como factor asociado a la presencia de VH en la población femenina postmenopáusica.

Al analizar los antecedentes obstétricos de las pacientes con síntomas urinarios, obtenemos que, para la población sana, la OR para no presentar antecedentes de interés es estadísticamente significativa, tanto para la comparación con la VH (OR 0.57, IC95% 0.39-0.83, $p=0.03$), como para la comparación con la IUE (OR 0.58, IC95% 0.40-0.86, $p=0.03$). No existen diferencias en la comparación entre pacientes con VH e IUE. Las mayores diferencias se encuentran en la proporción de pacientes con 3 o más partos vaginales que presentan IUE o VH. Así el OR para IUE en mujeres con 3 o más partos vaginales es 2.22 (IC95% 1.51-3.26) ($p < 0.001$) respecto a las pacientes sin patología; mientras que, en la misma población, el OR para VH es 1.84 (IC95% 1.22-2.75).

En el caso de las mujeres con hiperactividad vesical que acuden a consulta, hemos analizado la posible relación existente entre edad de inicio de la menopausia y severidad clínica. Obtenemos que el 15.4 % de ellas presenta clínica leve (puntuación de ICIQ-SF < 11), frente al 84.6 % que obtienen una puntuación ≥ 11 . La edad media de la menopausia en el primer grupo es de 47.75 ± 4.7 años y, en el segundo, de 49.4 ± 4.12 , no siendo significativas las diferencias ($p=0.33$). En el total de las participantes con VH, hayan acudido o no a consulta, hemos realizado el test de severidad de Sandvik, obteniendo que el 79.1 % presenta clínica leve-moderada, en comparación con el 8.6 % que presenta clínica severa. Las diferencias en la edad de la menopausia en este grupo tampoco son significativas ($p=0.65$).

En cuanto a la prevalencia de otras patologías urinarias, encontramos que 154 de las participantes estudiadas presentan IUE (21.51 %, IC95% 18.5-24.7). En este caso, las cifras de mayor prevalencia se obtienen en los grupos de edades más jóvenes, si bien, al contrario de lo que ocurría con la VH e IUU, las diferencias entre grupos de edad no son significativas ($p=0.47$). A su vez, 45 mujeres presentan IUM (IUU+IUE), lo que supone un 32.4 % del total de pacientes con VH ($n=139$) y un 6.28 % de la población estudiada ($n=716$).

Cuando analizamos la afectación de la calidad de vida asociada a la patología urinaria, obtenemos que la IUU es la que produce más afectación, tanto en el test OABq como en el King's Health Questionnaire y, por tanto, la que mayor impacto ocasiona en la calidad de vida, seguida de la VH y, por último, la IUE. A su vez, los dominios del king's Health Questionnaire que más puntuación obtienen son el 2 (afectación de la salud por los problemas urinarios) y el 5 (el impacto de la incontinencia), mientras que los que menor puntuación obtienen para las tres patologías estudiadas son el 8 y el 9, correspondientes a las relaciones sociales y personales.

En cuanto a la utilización de recursos sanitarios, solamente el 34.5% de las pacientes diagnosticadas de VH había consultado previamente con algún profesional sanitario y un 23.02% del total había recibido algún tipo de tratamiento. Para la IUU, los resultados encontrados son similares, con un porcentaje de consulta previa del 39.02 % y un 23.2 % en cuanto a tratamiento recibido. En el caso de la IUE, los valores obtenidos son aún menores, de forma que sólo el 29.9 % ha solicitado previamente ayuda y el 18.8 % ha recibido tratamiento. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que recibieron tratamiento es superior tanto en la IUE como en la VH sin IUE respecto a la IUU. Además, en las pacientes que habían consultado previamente, la mayoría lo había hecho con el médico de atención primaria: un 72.9 % en el caso de la VH y el 68.8 y el 54.3 % en la IUU y la IUE respectivamente.

Del total de pacientes afectas de alguna patología urinaria ($n=201$), sólo 43 acudieron a la entrevista presencial (21.4%) y, de ellas, el 44.2 % tenía VH (con o sin IUU), el 30.2 % IUE y un 25.6 % VH asociada a IUE. En el caso de la VH, un 13.3 % presentaba prolapso de órganos pélvicos asociado. Para la

IUE, este valor fue del 29.2%. Además, en el 16.6 % de los casos de VH que acudieron a consulta se observó infección del tracto urinario inferior (ITU) de repetición asociada. En la IUE, el porcentaje observado es menor (8.3 %).

DISCUSIÓN

El síndrome de vejiga hiperactiva (VH) es una patología prevalente en nuestro medio; sin embargo, los datos de prevalencia de la misma varían entre los diferentes estudios presentes en la literatura. Esto hace, entre otras razones, que sea una entidad infradiagnosticada e infratratada.

En el estudio que hemos realizado, la prevalencia global de VH en mujeres postmenopáusicas de ≥ 50 años de nuestro entorno es del 19.4%. Cuando analizamos los resultados obtenidos por grupos de edad, observamos que las tasas de prevalencia aumentan a medida que avanza la edad, siendo claramente mayores a partir de la octava década de la vida. En el caso de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), la prevalencia global obtenida es del 11.45 % y, al igual que sucede con la VH, aumenta con la edad, principalmente a partir de los 70 años.

Al comparar los resultados de nuestro estudio con los estudios presentes en la literatura, observamos que en todos se mantiene el incremento en las tasas de prevalencia de VH y de IUU en relación con la edad, sin embargo, estas tasas obtenidas difieren entre ellos. Es el estudio de Castro et al el que presenta los resultados que más se asemejan a los obtenidos en nuestro trabajo, con una prevalencia del 15.2% de vejiga hiperactiva en mujeres entre 40-49 años de edad, del 21.7% entre los 50-59 años, del 24.5% entre 60-69 años y un 33.2% a partir de los 70 años. Estas diferencias entre estudios posiblemente estén en relación con los criterios de inclusión y exclusión, con las definiciones empleadas y con la metodología de los distintos trabajos.

En cuanto a los factores relacionados con la VH, obtenemos que la edad es el factor que con mayor fuerza se asocia a la presencia de VH y de IUU. Otros factores, como la obesidad o los antecedentes obstétricos, están relacionados con la aparición de VH por la afectación que producen a nivel del suelo pélvico.

En el caso de los antecedentes obstétricos, sin embargo, dicha relación es mayor en la IUE, siendo estos resultados similares a los que presenta el estudio EPICC (4). También hay estudios que muestran que el sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de incontinencia urinaria (27), pero principalmente de incontinencia urinaria de esfuerzo. En el caso de la VH, la obesidad es un factor asociado, pero con menor relevancia que en los casos de IUE (109).

En cuanto a la edad de inicio de la menopausia, observamos que no se asocia directamente con la VH y con la IU, al menos como factor independiente de la edad. Tampoco hemos observado diferencias significativas al analizar la relación entre la edad de inicio de la menopausia y la severidad clínica de la VH o de la IU, pese a lo que se publica en el trabajo de Sandvik (60), donde los resultados obtenidos muestran un aumento de la severidad de la incontinencia urinaria con la edad y con la menopausia.

Al analizar la incontinencia urinaria de esfuerzo, los diferentes estudios muestran que es una patología común en mujeres de edad avanzada, siendo la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años y suponiendo casi el 50% de todas las incontinencias en este grupo (86,89). En el presente estudio, al analizar la prevalencia de IUE en la población general, obtenemos que el 21.51 % de las mujeres ≥ 50 años presentan síntomas de IUE y el 6.28 % de IUM. De este modo, la IUE supondría un 57.1 % de las mujeres incontinentes y la IUM el 23.6 %. Estos datos son similares a los obtenidos en el estudio EPINCONT (25) (50 y 36 % respectivamente). Al estratificar la prevalencia de IUE por grupos de edad, obtenemos que la IUE es más prevalente en los grupos de edades más jóvenes, donde constituye el principal tipo de incontinencia urinaria.

La VH, con o sin IU, produce una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes. Este deterioro es mayor en los casos de VH que asocian IUU y menor en la IUE aislada. A su vez, la afectación referida por las pacientes es superior en los grupos de edad más jóvenes para todas las patologías estudiadas, siendo mayor dicha afectación a nivel del estado de salud de las pacientes, del impacto generado por la incontinencia y de la limitación de las actividades diarias. En un estudio de calidad de vida realizado por España

(96), los dominios del King's Health Questionnaire con mayor afectación por los síntomas urinarios fueron: la afectación por problemas urinarios, las limitaciones físicas y el impacto ocasionado por la IU. Cuando comparamos estos datos con los obtenidos en nuestro estudio, vemos que los dominios del test con mayor puntuación por parte de las pacientes coinciden, siendo menor la afectación referida a nivel de las relaciones sociales y personales.

Pese al deterioro que ocasiona en la calidad de vida, sólo un tercio de las pacientes diagnosticadas de VH y/o IU había consultado previamente con algún profesional sanitario, siendo este profesional, en la mayoría de las ocasiones, el médico de atención primaria. La razón aducida para ello fue el hecho de conocer personalmente al profesional sanitario y la confianza inspirada por él. También fue bajo el porcentaje de mujeres que, habiendo sido diagnosticadas de patología, aceptaron valoración clínica en consultas específicas (21.4%). Las principales razones referidas para ello fueron: tener edad muy avanzada o patología asociada que les impedía el acceso a las consultas, la no percepción de la patología urinaria como un problema de salud y, el hecho, como hemos comentado previamente, de preferir consultar con su médico de atención primaria. Estos datos coinciden con los estudios presentes en la literatura, donde hallan cifras que no superan el 30% de consultas para el caso de la IU global (101).

En cuanto al seguimiento posterior en consultas especializadas, la mayor parte de las pacientes diagnosticadas de patología urinaria que acudieron a la entrevista presencial, fueron controladas periódicamente y recibieron el tratamiento adecuado, obteniendo mejoría clínica en su mayoría. Este punto refuerza nuestra idea del valor de investigar la patología urinaria en la población femenina en general.

CONCLUSIONES

La prevalencia global de VH obtenida en mujeres postmenopáusicas ≥ 50 años de nuestro medio es del 19.4%. Esta prevalencia aumenta con la edad, principalmente a partir de los 70 años. En el caso de la IUU, la prevalencia

global obtenida es del 11.45 %, aumentando a medida que avanza la edad, como sucede con la VH. Para la IUE y la IUM, las tasas de prevalencia obtenida en este grupo de estudio son del 21.51 % y del 6.28 % respectivamente, siendo la primera el tipo de IU más frecuente en mujeres más jóvenes.

La edad es el principal factor asociado a la VH y la IU. Otros factores relacionados son la obesidad y los antecedentes obstétricos. La menopausia, sin embargo, no hemos demostrado que sea un factor de riesgo de VH o de IU, al menos independiente de la edad, ni tampoco de severidad clínica.

Es importante la afectación de la calidad de vida ocasionada por los problemas urinarios, concretamente por la VH; no obstante, pese a ser una patología prevalente en nuestro medio, el porcentaje de pacientes que consulta por ello no supera el 35 %. Dentro de las pacientes que consultan, la mayoría se benefician del manejo y tratamiento propuesto. Por todo ello, es fundamental conocer la prevalencia real de esta entidad, con el objetivo de realizar un correcto manejo de la misma y una adecuada distribución de los recursos sanitarios.

CROSS-SECTIONAL POPULATION EPIDEMIOLOGICAL STUDY ON PREVALENCE OF OVERACTIVE BLADDER IN POSTMENOPAUSAL WOMEN. ASSOCIATED FACTORS AND QUALITY OF LIFE

INTRODUCTION

Pathology known as overactive bladder (OAB) is a complex syndrome that throughout time as been referred to by many names on literature. This is one of the reasons that has lead to very different prevalence rates on national and international bibliography.

It was on 2002 when the International Continence Society (ICS), on an attempt of standardizing terminology, defined overactive bladder as a *syndrome characterized by the appearance of urinary urgency with or without urinary incontinence, usually with urinary frequency and nocturia, when said symptoms are not caused by an identifiable pathology (1)*. On this dissertation we define urinary urgency (key symptom for diagnosis) as the *"compelling urge to urinate, uncomfortable for the patient who can usually not differ it"*.

Studies until today show different prevalence rates on overactive bladder, among other reasons because of the many different definitions that this entity has received; nonetheless on most of them, prevalence is superior in women than men and increases concurrently on both sexes with age. It can be observed on the female population a great increase after menopause, as estrogen deficiency can predispose to onset of this pathology.

Said studies also manifest that clinical diagnosis of overactive bladder, partly due to population ageing and partly due to a bigger social demand, is becoming more frequent on medical consults although prevalence observed is still lower than real prevalence of this pathology. Because of this, it is necessary to deepen on the subject and further studies are required to have a better knowledge on the real prevalence. Up until today there are few studies, and

none of them has been carried out on our setting, related to epidemiology in overactive bladder, being most of them about urinary incontinence.

Additionally, it has been observed that urinary incontinence entails a great deterioration on quality of life; furthermore, symptoms are significantly worse on overactive bladder than on urinary stress incontinence (5). The fact that this is an underdiagnosed, chronic disease, with advanced age-of-onset and may impact on quality of life has increased occidental countries' interest on its study.

OBJECTIVES

The main objective on this thesis is to determine prevalence on overactive bladder in postmenopausal women in the setting of the Hospital Universitario 12 de Octubre's health system area, variations depending on age subgroups and risk factors associated. We also have established as secondary objectives: description of the basic characteristics of the female population affected and not affected by overactive bladder (OAB), evaluate presence of other urogenital symptoms on the study population and their association with OAB, their perception of illness and wish of evaluation, follow-up and treatment. Lastly, evaluate the effect on the quality of life associated to urinary related pathologies, mainly to OAB.

MATERIAL AND METHODS

This is a primary study, not experimental, cross-sectional, on prevalence of overactive bladder and risk factors associated on healthy postmenopausal population, in which subjects were randomized prior to inclusion. Participants selected were women of the general population, belonging to Hospital 12 de Octubre's health system area, with ages equal or higher to 50 years old, being inclusion criteria for this study that they were in menopause. Women who were not yet in menopause were excluded from this study. All of the subjects completed a survey for data collection. First part of the survey was conducted

by telephone (identification of possible "cases") and, the second part, by face-to-face interview (for a more precise evaluation of the pathology).

Telephone survey was conducted on 716 subjects. This survey consisted of a series of short questions oriented to detection of risk factors and symptoms of overactive bladder and, on those cases that presented urinary disorders, we conducted an additional questionnaire on the severity of the incontinence. If the subject was classified as "case", they would also attend a meeting at the hospital where we would perform a complete evaluation and a series of validated tests (ICIQ-SF, OABq-SF, Test de Sandvick, King's Health Questionnaire, etc.)

RESULTS

Out of the 716 participants interviewed by telephone, 139 showed clinical signs of OAB (19.41%, IC 95% 16.5-22.5). We stratified the obtained results by decades and observed that prevalence of OAB increases progressively with age, mainly after the eighth decade of life (20.6%), obtaining a higher level on the ninth decade (27.5%). However, prevalence on younger women is lower, being the group with ages between 50-59 the one with the lowest OAB prevalence rate (15.5%). Therefore, the probability of OAB presenting on women over 80 years old is more than twice the probability of it appearing on women of 50-59 years old (OR 2.07, IC95%; 1.20- 3.58), $p=0.08$ for the difference of rates.

Out of the 139 participants with OAB, 82 presented with concomitant UUI (58.9%) which makes the total prevalence of UUI on the study population 11.45% (IC95% 9.2-14.0). Results obtained for UUI show how prevalence is stable up to 80 years old when there is a sudden increase. Again, the probability of presenting UUI on women over 80 is much higher than younger women (OR 2.77; IC95% 1.43-5- 35) ($p< 0.001$).

Regarding factors associated to OAB, we observed that 11 out of the 43 patients (25.5%) that went to the face-to-face evaluation of urinary symptoms were obese. When we analyzed the non-obese subgroup we found that 59.4% had OAB symptoms and 40.6% urinary symptoms compatible with other disorders, whereas in obese women, 100% were compatible with OAB ($p=0.01$). This gives us motive to consider obesity as a factor associated to presence of OB on female postmenopausal population.

After analyzing obstetric history on patients with urinary symptoms, we conclude that on healthy population, the "no relevant history" variable's OR is statistically significant, for OAB (OR 0.57, IC95% 0.39-0.83, $p=0.03$), as well as for SUI (OR 0.58, IC95% 0.40-0.86, $p=0.03$). There are no differences when comparing patients with OAB and SUI. The bigger differences were found on the subgroup of patients with 3 or more vaginal deliveries that present with SUI or OAB. The OR for SUI on women with 3 or more vaginal deliveries is 2.22 (IC95% 1.51-3.26) ($p<0.001$) on the subgroup of patients without pathology; whereas on the same population, the OR for OAB is 1.84 (IC95% 1.22-2.75).

We analyzed the possible association existing between menopause age and clinical severity on women with overactive bladder syndrome that attended our consult. We conclude that 15.4% of them present mild symptoms (score on ICIQ-SF <11), leaving 84.6% that scored ≥ 11 . Mean menopause age on the first group is 47.75 ± 4.7 years old and, on the second, of 49.4 ± 4.12 , not being significant the found differences ($p=0.33$). On all of the patients with OAB, having attended or not clinical consults, we have conducted Sandvik's severity test, obtaining that 79.1% presented with mild-moderate symptoms, in comparison to the 8.6% that presented with severe symptoms. Differences on menopause age in this group were also not significant ($p=0.65$).

Regarding prevalence of other urinary pathologies, we find that 154 of the studied patients presented SUI (21.51 %, IC95% 18.5-24.7). In this case, higher prevalence rates were obtained on subgroups of younger women, opposed to what happened on OAB and UUI, differences between different ages subgroups were not significant ($p=0.47$). At the same time 45 women presented MUI

(UUI+SUI) which accounts for 32.4% of the patients with OAB (n=139) and 6.28% of the total population studied (n=716).

When we analyze the effect on quality of life associated to urinary pathology, we obtain that UUI is the one that causes major affect, on OABq's test as well as on King's Health Questionnaire and therefore is the one that has a bigger impact on quality of life, followed by OAB and lastly by SUI. On King's Health Questionnaire, fields with a higher score were 2 (affect on health and urinary pathology) and 5 (impact on incontinence), whereas the ones with a lower score obtained on the three pathologies studied were 8 and 9, corresponding to personal and social relations.

Regarding use of health system resources, only 34.5% of patients diagnosed of OAB had previously consulted to a medical professional and only 23.02% of the total had received any kind of treatment. On UUI, results found were similar, with a rate of previous consultation of 39.02% and a 23.02% of treated patients. On SUI, rate was even lower so only 29.9% had previously asked for help and only 18.8% had received treatment. However, the percentage of women who received treatment is superior in SUI and OAB without SUI compared to UUI. Additionally, patients who had previously consulted, had done so to general practitioners: 72.9% of patients with OAB and 68.8% and 54.3% on UUI and SUI respectively.

Out of the total of patients affected by any kind of urinary disorder (n=201), only 43 attended our face-to-face interview (21.4%) and out of them, 44.2% presented with OAB (with or without SUI), 30.2% SUI and 25.6% OAB associated to SUI. On the case of OAB, 13.3% also associated pelvic organ prolapse. On SUI, this percentage was 29.2%. Moreover, on cases with OAB that attended clinical in-person consult, 16.6% presented with recurrent urinary tract infection (UTI) was associated. On SUI, the observed rate was lower (8.3%).

DISCUSSION

Overactive bladder syndrome is a prevalent pathology in our setting; however, prevalence rates vary greatly between different studies on present bibliography. This, among other reasons, makes it an underdiagnosed and under-treated entity.

On the study that we have conducted, global OAB prevalence on postmenopausal women over 50 years old in our setting is 19.4%. After analyzing the obtained results by age subgroups, we observe that prevalence rates increase concurrently with age, becoming clearly higher after the eighth decade of life. Regarding urinary urgency incontinence (UUI), global prevalence obtained is 11.45% and, similarly to OAB, increases with age, specially after 70 years old.

When comparing results in our study with others in literature, we observe that in all of them there is an increase on prevalence rates of OAB and UI synchronously with age. Nonetheless rates differed between every study. Castro et al's study presents results more similar to the ones obtained in ours, with a prevalence rate of 15.2% on OAB in women between 40 and 49 years old, 21.7% between 50-59 years old, 24.5% between 60-69 years old and 33.2% from 70 years old and over. These differences between studies are possibly related to the inclusion and exclusion criteria, definitions and methodology used on said studies.

Regarding to factors that are connected to OAB, we obtain that age is the factor with a bigger association to the presence of OAB and UUI. Other factors such as obesity or obstetric history, are related to onset of OAB due to the effect they produce on the pelvic floor.

On obstetric history, however, said association is bigger on SUI, finding that results are similar to those presented on the EPICC study (4). There are also studies that show that overweight and obesity increase the risk of urinary incontinence (27), although its primary association is to stress urinary incontinence. On OAB, obesity is an associated factor but with lower relevance than on SUI (109).

Regarding to age of menopause, we observe that there is not a direct association to OAB or to UI, at least considering it as an independent factor from age. We have not observed significant differences either when analyzing the correlation between menopause age and severity of symptoms of OAB or UI, even though on Sandvik's study (60) the obtained results show an increase on the severity of urinary incontinence with age and menopause.

Analyzing stress urinary incontinence, different studies show that it is a common pathology in women at an advanced age, being the most frequent form of UI in women under 75 years old and 50% of all incontinences on this group (86,89). On the present study, when analyzing the presence of SUI on general population, we conclude that 21.51% of women over 50 years old present symptoms of SUI and 6.28% of MUI. This way, SUI accounts for 57.1% of incontinent women and MUI for 23.6%. These data are similar to results obtained on the study EPINCONT (25) (50 and 36% respectively). When stratifying prevalence of SUI by age subgroups, we conclude that SUI is more prevalent on groups of younger ages where it becomes the main form of urinary incontinence.

OAB, with or without UI, entails great impact on quality of life of patients. This deterioration is bigger on cases on which OAB associates UUI and milder on SUI alone. Additionally, the impact referred by patients is greater on younger group ages on the pathologies studied, being greater on a health well-being status level, on an impact on incontinence level and on limitation of daily activities. On the study made on quality of life by Espuña (96), the fields on King's Health Questionnaire with bigger change due to urinary symptoms were: affect by urinary disorders, physical limitations and impact caused by UI. When comparing these data to ours, we observe that the fields on the test with higher score coincide, being lower the affect referred on personal and social relations.

Despite the deterioration that it inflicts on quality of life, only a third of patients diagnosed of OAB and/or UI had previously consulted to a medical professional, being this professional, on most cases, a general practitioner. The claimed reason for this was the fact that they personally knew the practitioner and the trust they placed in him. There is also a low percentage of women that, being

diagnosed of this pathology, accepted further evaluation on specific consults (21.4%). Main reasons for this were: being at an advanced age or concomitant pathology that limited access to these consults, the non-perception of urinary pathology as a health problem and, the fact, as we have commented on before, that they preferred to consult with their general practitioner. These data coincide with present studies on literature, where ciphers don't exceed 30% of consults on the case of global UI (101).

Regarding follow-up after specialized consults, most patients diagnosed of urinary disorders who attended face-to-face interview where periodically controlled and received adequate treatment obtaining clinical improvement on the majority of cases. This reinforces our idea of investigating urinary pathology on female population in general.

CONCLUSIONS

Global prevalence of OAB obtained on ≥ 50 years old postmenopausal women in our setting is 19.4%. This prevalence increases with age, mainly after 70 years old. On the case of UUI, global prevalence obtained is 11.45%, increasing with age, similarly to OAB. On SUI and MUI, prevalence rates obtained on this study group are 21.51% and 6.28%, being the first one the main cause of UI on younger women.

Age is the main factor associated to OAB and UI. Other factors associated are obesity and obstetric history. However, we have not found that menopause is a risk factor for OAB nor for UI, at least independently from age, nor for clinical severity.

Quality of life affect generated by urinary disorders is considerable, particularly by OAB; nonetheless, even when it is a prevalent pathology in our setting, the rate of patients that consults about it does not exceed 35%. Out of the patients that consult, most of them benefit, from management and proposed treatment. Consequently, it is fundamental to know the real prevalence rate of this entity, with the objective of pursuing a correct management and an adequate distribution of health system resources.

1. INTRODUCCIÓN

La patología médica hoy conocida como vejiga hiperactiva es un síndrome complejo que, a lo largo del tiempo, ha recibido distintas denominaciones en la literatura (síndrome de urgencia-frecuencia, vejiga espástica, vejiga hiperrefléxica, etc.). Éste es uno de los motivos que ha conducido a que las tasas de prevalencia de la misma en la bibliografía nacional e internacional hayan sido muy dispares, por las diferencias en las definiciones y criterios empleados para su diagnóstico, como decimos. Fue en el año 2002 cuando la International Continence Society (ICS) (Sociedad Internacional de Continencia) define, en un intento de estandarización de la terminología, la vejiga hiperactiva como: *síndrome que se caracteriza por la aparición de urgencia con o sin incontinencia urinaria, generalmente acompañada de frecuencia y nocturia, cuando dichos síntomas no están originados por una patología identificable* (1). En este mismo documento se define la “urgencia” (síntoma clave para el diagnóstico) como la *“sensación imperiosa de orinar, molesta para el paciente y que, generalmente, no puede ser diferida”*.

Los estudios realizados hasta la fecha muestran diferentes cifras en los resultados de prevalencia de vejiga hiperactiva, entre otras causas, como ya hemos comentado, por las diferentes definiciones que ha recibido la entidad; sin embargo, en la mayor parte ellos, la prevalencia es superior en las mujeres que en los hombres y aumenta para ambos sexos a medida que avanza la edad. En la población femenina se suele observar un fuerte aumento a partir de la menopausia, pues el déficit estrogénico puede predisponer a la aparición de la patología. Así, según un estudio multinacional de Milsom et al (2), la prevalencia de vejiga hiperactiva en mujeres se sitúa en un 9.7% en menores de 40 años, es del 11.2% entre los 40-59 años y del 18.3% a partir de los 60 años de edad.

Otros trabajos, como el estudio de Castro et al (3), también muestran la relación que existe entre la edad y la prevalencia de vejiga hiperactiva, de modo que se obtienen valores de prevalencia del 15.2% de vejiga hiperactiva en mujeres entre 40-49 años de edad, del 21.7% entre los 50-59 años, de 24.5% entre 60-69 años y un 33.2% a partir de los 70 años.

Continuando en el territorio nacional y según los resultados del estudio EPICC (4), la prevalencia de vejiga hiperactiva (VH) y de incontinencia urinaria (IU) aisladas en mujeres laboralmente activas fue de 2,69% y 4,01% respectivamente; en varones fue de 3,55% y 0,56%; en personas de más de 65 años fue de 9,14% y 15,16%. En total, el 9,94% (IC 95% 8,9–11,04) de las mujeres estudiadas estaban afectas de VH y/o IU. Con estos datos, concluyeron que la prevalencia de VH y/o IU en España se acerca al 10% en mujeres entre 25 y 64 años, es aproximadamente de un 5% en varones entre 50 y 65 años y puede ser superior al 50% en mayores de 65 años de ambos sexos.

Todos estos trabajos también ponen de manifiesto que el diagnóstico clínico de vejiga hiperactiva, en parte debido al envejecimiento de la población y, en parte debido a una mayor demanda social, es cada vez más frecuente en las consultas médicas, pero a pesar de ello, la prevalencia observada suele ser inferior a la prevalencia real de la enfermedad. Por ello, se hacen precisos más estudios que ayuden a conocer mejor esta prevalencia. Hasta el momento existen pocos estudios en la bibliografía y, ninguno en nuestro medio, en relación con la epidemiología de la vejiga hiperactiva, tratando la mayoría de ellos acerca de la prevalencia de incontinencia urinaria.

Por otro lado, se ha observado que la incontinencia urinaria en sí produce un deterioro importante en la calidad de vida; pero, además, los síntomas son significativamente peores en la vejiga hiperactiva que en la incontinencia urinaria de esfuerzo (5). El hecho de ser una enfermedad infradiagnosticada,

crónica, aparecer en edades avanzadas y suponer un impacto en la calidad de vida, ha aumentado el interés por su estudio en países occidentales.

Bajo estas premisas, planteamos nuestro trabajo como una investigación epidemiológica de la hiperactividad vesical en la mujer postmenopáusica en nuestro medio. El motivo principal para llevarlo a cabo es conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestra población, utilizando definiciones, criterios, evaluaciones y seguimientos estandarizados. Planteamos analizar la prevalencia de la vejiga hiperactiva en distintos grupos de edad, así como la de otros síntomas urinarios; y estudiar los factores de riesgo asociados a cada uno. Otro aspecto importante, derivado de lo anterior, es el uso de recursos sanitarios. Así, como hemos dicho, la vejiga hiperactiva suele ser una enfermedad infradiagnosticada e infratratada. En el presente estudio analizaremos el uso de los recursos sanitarios por parte de las pacientes que presentan estos síntomas. Por último, no olvidaremos la evaluación de la afectación de la calidad de vida y las variaciones en la misma en función de los síntomas, o combinación de ellos, que sufran las pacientes.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TÉORICO

2.1 DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA

2.1.1 Definición de incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria o insuficiencia urinaria (IU) según la definición más reciente de la ICS (1), es la referencia por parte del paciente de la existencia de pérdida involuntaria de orina. Esta definición modifica, parcialmente, la previa de la misma sociedad que consideraba la IU como la emisión involuntaria de orina objetivamente demostrable y que produce un problema sanitario, higiénico o social. Esta definición fue modificada por la dificultad de objetivar las pérdidas urinarias y, también, por el carácter ambiguo que puede suponer la afectación higiénica o social (1). La IU aparece de forma aislada o asociada a otras enfermedades y, puede ser leve o comprometer de forma importante la calidad de vida de los pacientes.

Como hemos mencionado, en los últimos años, la IU está cobrando importancia debido al envejecimiento de la población y, cada vez son más numerosos los estudios que intentan recoger datos en relación con la prevalencia y el manejo de esta patología.

La prevalencia es variable según los estudios. Generalmente, es una entidad infradiagnosticada e infratratada, pese a constituir un problema clínico con importante afectación de la calidad de vida.

Las variaciones en la prevalencia de IU entre los distintos estudios son debidas, en parte, al uso de diferentes definiciones empleadas para describirla, de forma semejante a lo que ocurre con la vejiga hiperactiva. Por ello, en 2002, la ICS consensua la definición de IU y clasifica los síntomas del tracto urinario inferior, según afecten a la fase de llenado o a la fase de vaciado vesical. De

este modo, la IU puede clasificarse en diferentes tipos (según la etiología, sintomatología y factores asociados) como veremos en el siguiente apartado.

2.1.2 Clasificación de la incontinencia urinaria

La ICS clasifica la incontinencia urinaria en los siguientes grupos:

1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)
2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)
3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)
4. Incontinencia urinaria continuada (IUC)
5. Enuresis nocturna (EN)
6. Incontinencia urinaria sin causa orgánica
7. Vejiga hiperactiva (VH)

2.1.2.1 Incontinencia urinaria de esfuerzo

Se denomina así a la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca un aumento de la presión abdominal. En estos pacientes el episodio puede aparecer al toser, reír o correr.

2.1.2.2. Incontinencia urinaria de urgencia

Pérdida involuntaria de orina asociada o precedida de urgencia miccional. La *urgencia* es el deseo miccional súbito e intenso.

2.1.2.3. Incontinencia urinaria mixta

Es la presencia o asociación de incontinencia urinaria de esfuerzo y de incontinencia urinaria de urgencia, con posibilidad de predominio de un tipo sobre el otro.

2.1.2.4. Incontinencia urinaria continua

Pérdida continua e involuntaria de orina, que puede relacionarse con diversas etiologías, como:

- Fístula vesico-vaginal
- Lesión esfinteriana (deficiencia esfinteriana intrínseca)
- Desembocadura ectópica del uréter en la vulva.

2.1.2.5. Enuresis nocturna

Cualquier pérdida involuntaria de orina durante el sueño. Es una patología prevalente en la edad infantil, que se diagnostica en niños mayores de 5 años en los que se descartan alteraciones congénitas o adquiridas del sistema nervioso central.

2.1.2.6. Incontinencia de orina sin causa orgánica

Es la incontinencia urinaria presente en personas con problemas de movilidad, problemas cognitivos (demencia) o asociada al uso de fármacos, que hacen que el paciente pierda orina antes de llegar al baño. Suele afectar a personas ancianas y/o con múltiples patologías asociadas.

2.1.2.7 Vejiga hiperactiva

La ICS define la VH como una alteración en la fase de llenado vesical, siendo el síntoma principal la urgencia miccional, con o sin incontinencia de urgencia y, habitualmente asociado con frecuencia miccional y nocturia.

2.2 ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

La anatomía y fisiología de las estructuras del suelo pélvico de la mujer tienen una importancia fundamental en la función y disfunción urogenital, incluyendo el prolapso de los órganos pélvicos, la incontinencia fecal o la incontinencia

urinaria y, específicamente, el síndrome de la vejiga hiperactiva (6,7). En este apartado presentamos un breve recuerdo de las mismas.

El suelo pélvico, por definición, es la estructura que cierra y rodea por sus extremos inferior y laterales la cavidad abdominal, estando compuesto por músculos y tejido conectivo y sirviendo de soporte y suspensión a los órganos pélvicos y abdominales (6,7) (**Figura 1**).

El espacio pélvico se continúa con la cavidad abdominal y contiene órganos del sistema genitourinario y digestivo. Los órganos de la pelvis se dividen en tres compartimentos:

- Anterior: vejiga y uretra
- Medio: útero y vagina
- Posterior: recto, ano y esfínter anal

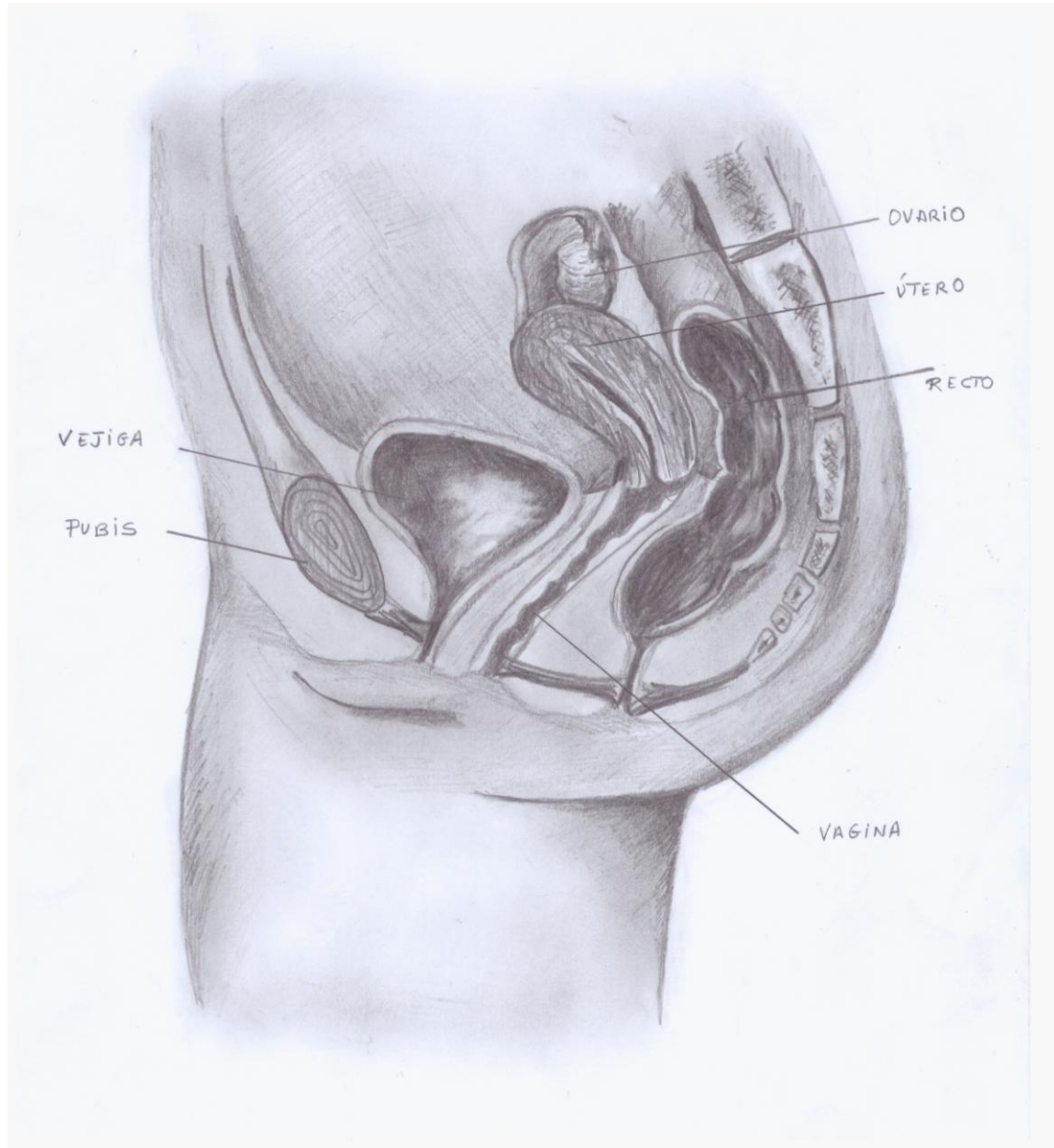
Estos órganos se encuentran sujetos a estructuras musculares y conectivas del suelo de la pelvis que les aportan soporte mecánico y favorecen la función de dichos órganos.

El principal componente del suelo de la pelvis es el **músculo elevador del ano**, que sirve como estructura de sostén y de paso de los distintos órganos pelvianos (8).

El suelo de la pelvis también es conocido como **periné**, cuyos límites están compuestos por una estructura osteofibrosa que se dispone de forma romboidal:

- El vértice anterior del rombo lo constituye el borde inferior de la sínfisis del pubis y las ramas isquiopúbicas.

Figura 1. Cavidad pélvica



-Los vértices laterales corresponden a las tuberosidades isquiáticas.

-El vértice posterior está formado por el cóccix y los ligamentos sacrociáticos.

A su vez, el rombo se divide en dos triángulos (anterior y posterior), al dibujar una línea transversal entre ambas tuberosidades isquiáticas (**Figura 2**):

-Triángulo anterior o perineo urogenital: Espacio atravesado por la uretra y la vagina. También se conoce como *diafragma urogenital*.

-Triángulo posterior o anorectal: atravesado por el recto y el ano.

La musculatura del suelo pélvico está constituida por un grupo de músculos estriados de control voluntario, que sirven de soporte a las vísceras pélvicas. El esbozo de estos músculos aparece entre la séptima y la novena semana del desarrollo embrionario y, según ciertos estudios histológicos en neonatos, existe una diferenciación sexual en cuanto a la laxitud y componente conectivo de los tejidos (mayores en el sexo femenino) (9).

Los músculos del periné se disponen formando tres planos:

-*Plano superficial (Figura 3)*:

Músculo esfínter externo del ano

Músculo transverso superficial

Músculo isquiocavernoso

Músculo bulboesponjoso

Músculo constrictor de la vulva (su contracción espástica puede ser causa de vaginismo)

-*Plano medio*:

Músculo compresor de la uretra

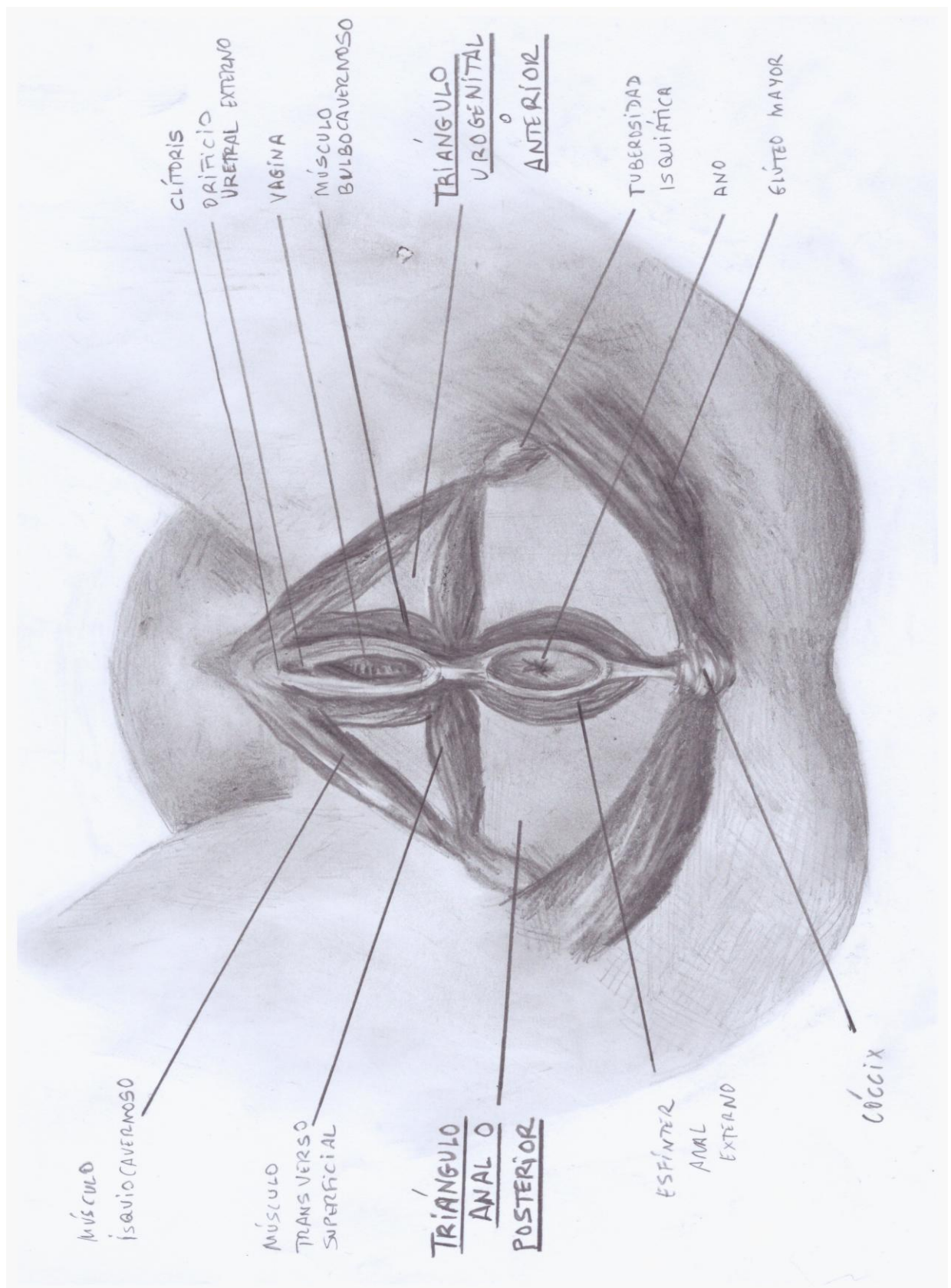


Figura 2. División del periné en un triángulo anterior y otro posterior

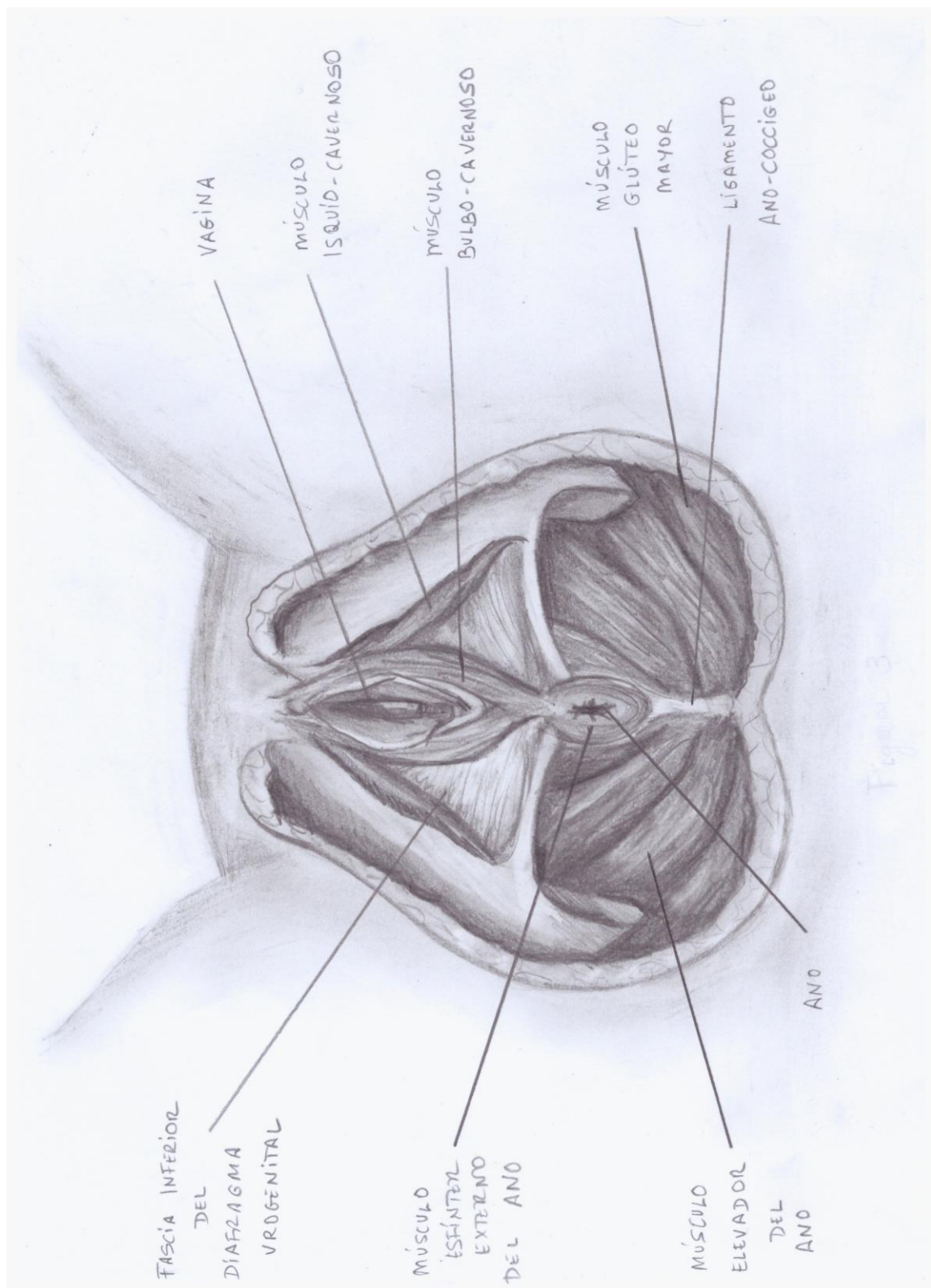


Figura 3. Plano muscular superficial del suelo de la pelvis

Músculo esfínter uretrovaginal

Músculo transverso profundo del periné

-Plano profundo o Diafragma Pélvico (Figura 4):

Músculo isquiococcígeo

Músculo elevador del ano

El **diafragma pélvico** se extiende desde el pubis hasta el cóccix, formando un embudo hacia el suelo de la pelvis (8). El músculo elevador del ano es el principal componente muscular y está formado por tres fascículos o haces: *Puborrectal*, *pubococcígeo* e *iliococcígeo*. Es un músculo que en reposo presenta forma de “V” o “embudo”. Cuando se contrae, se produce una elevación del mismo, lo que modifica el ángulo de la unión ano-rectal y dificulta la defecación (10). Por el contrario, su relajación, permite la alineación entre el recto y el ano y favorece la defecación.

Dada su extensión, recibe inervación de diferentes niveles: plexo sacro, nervio pudendo, nervio perineal y rectal inferior.

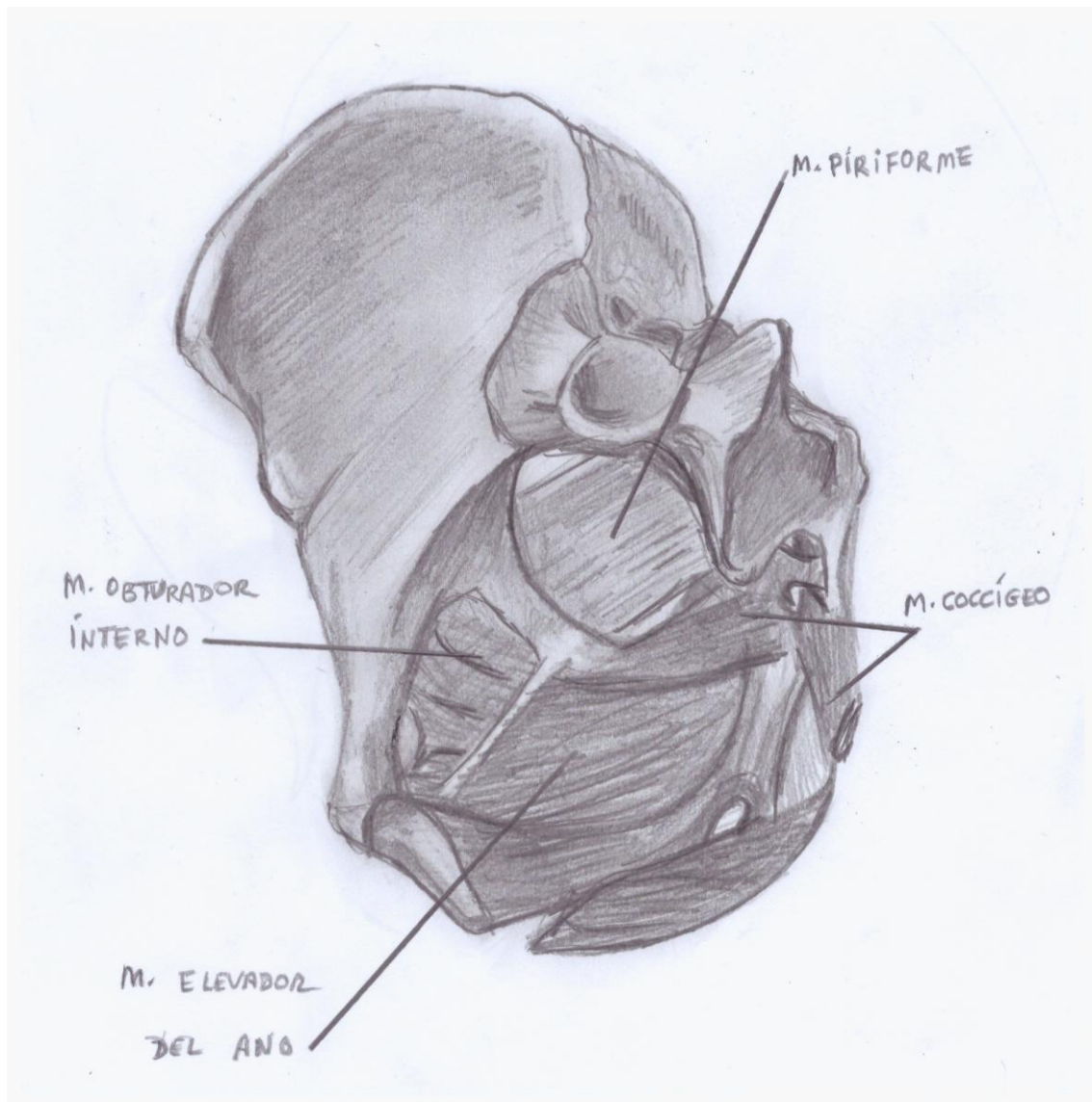
La inervación del periné depende del nervio pudendo (11-13). Se trata de un nervio mixto, que nace del plexo sacro (S2-S4) y recorre las paredes laterales de la pelvis. En su recorrido, sale de la pelvis por el agujero ciático mayor y vuelve a entrar a través del agujero ciático menor. A nivel de la tuberosidad isquiática, se divide en:

-ramas perineales (profundas y superficiales): para la vulva, planos superficiales y profundos del periné y la piel.

-rama hemorroidal inferior: para el esfínter externo del ano y la piel adyacente.

-nervio dorsal del clítoris.

Figura 4. Plano muscular profundo del periné



Además de la innervación somática del músculo estriado, el periné presenta innervación que depende del sistema nervioso autónomo, tanto simpático como parasimpático. La innervación simpática es mediada por receptores alfa y procede de T12-L2. Es la innervación correspondiente al músculo liso del sistema esfinteriano interno. Las fibras parasimpáticas se originan en S2-S4 e innervan al músculo detrusor a través de receptores M2 y M3.

Al igual que la innervación del periné depende fundamentalmente del nervio pudendo, la irrigación procede de la arteria pudenda interna (rama de la arteria hipogástrica) (11-13). La arteria acompaña al nervio en su recorrido y también se bifurca a nivel de la tuberosidad isquiática, dando:

- Arteria dorsal del clítoris
- Ramas perineales superficiales y profundas
- Ramas hemorroidales inferiores (esfínter externo del ano y piel perianal)

La integridad de todas estas estructuras es muy importante para la correcta función y continencia urinaria y fecal. Al mismo tiempo, tiene gran importancia el conocimiento de la anatomía del suelo pélvico para el adecuado diagnóstico y manejo de las alteraciones funcionales y estructurales.

2.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

2.3.1. Teoría Integral de la Continencia

Para entender la fisiopatología de la incontinencia, es necesario el conocimiento de la *Teoría Integral de la Continencia*, elaborada por Peter Petros y Ulmsten (14). Dicha teoría recoge de forma global los mecanismos fisiopatológicos implicados en la incontinencia urinaria de esfuerzo y que son comunes a otros síntomas frecuentes coexistentes, como urgencia, nicturia, alteraciones del vaciamiento vesical o dolor pélvico.

Según la Teoría Integral de la Continencia, la incontinencia urinaria de esfuerzo, la urgencia y las alteraciones en el vaciado vesical, son debidas a las alteraciones en los elementos de soporte suburetral y en los ligamentos y los músculos del suelo pélvico. Por tanto, lo que propone es una clasificación de la incontinencia urinaria femenina basada en tres zonas de disfunción (anterior, media y posterior) y en seis defectos principales, que deben ser evaluados y tratados para un correcto manejo de la incontinencia en la mujer.

Dependiendo de la localización de la lesión músculo-fascial o ligamentaria y de la sensibilidad de las terminaciones nerviosas locales, se puede desarrollar incontinencia de urgencia, incontinencia de esfuerzo y/o alteraciones del vaciamiento vesical.

La clasificación anatómica por zonas, define tres áreas de disfunción según la localización predominante del defecto: anterior, media y posterior. La disfunción de la zona anterior se relaciona con incontinencia urinaria de esfuerzo, mientras que los defectos posteriores se asocian con mayor frecuencia a alteraciones del vaciado.

La incontinencia también puede clasificarse, según esta teoría, en seis tipos de defectos principales:

Defecto del soporte suburetral

Aparece distensión de la porción suburetral de la pared vaginal, que se asocia con frecuencia a la distensión de los ligamentos pubouretrales y/o a la avulsión de su inserción vaginal, provocando un desequilibrio entre la tensión aplicada anterior y posteriormente, con predominio de la tensión ejercida en dirección posterior por el músculo elevador del ano, en relación con la tensión anterior ejercida por el músculo pubococcígeo. Esto genera incontinencia urinaria con los esfuerzos.

Retracción cicatricial de la vagina

Presencia de retracción cicatricial no elástica a nivel de la pared vaginal anterior y a nivel del cuello vesical, secundario a una cirugía, que disminuye el acomodamiento de la pared vaginal anterior y ocasiona incontinencia, que puede darse incluso en reposo.

Distensión de los ligamentos pubouretrales

Es un defecto que puede aparecer de forma congénita, con el envejecimiento (alteraciones del colágeno) o secundarias a lesiones durante el parto vaginal, dando lugar a incontinencia urinaria en la mayoría de los casos.

Distensión de los ligamentos uterosacros y del soporte de la cúpula vaginal

La causa de esta lesión suele ser la distensión del fondo de saco vaginal posterior durante el parto o la sutura de la cúpula vaginal tras la realización de una histerectomía sin la correcta inserción ligamentaria. En estos casos, puede aparecer incontinencia urinaria, dolor pélvico, alteraciones de la fase de vaciado y del residuo postmiccional, además de la presencia de urgencia, frecuencia y nocturia en algunas pacientes.

Lesiones de la inserción vaginal de los músculos pubococcígeos

La vagina se adhiere normalmente a la cara inferior del músculo pubococcígeo mediante tejido conjuntivo. Un aumento de tensión a este nivel altera el mecanismo de cierre del cuello vesical y transmite presión sobre los ligamentos pubouretrales, haciendo que se comprometa el cierre uretral.

Lesiones de los músculos estriados del suelo pélvico

La incontinencia urinaria puede estar relacionada con la lesión directa o por avulsión del músculo pubococcígeo, principalmente en relación con el parto, aunque no es una causa frecuente de incontinencia en la actualidad.

2.3.2 Fisiopatología de la vejiga hiperactiva

La vejiga hiperactiva es debida a una hiperactividad del músculo detrusor, definida también como la presencia de contracciones no inhibidas del mismo o, más sencillamente, de actividad contráctil durante la fase de llenado vesical. Es una entidad que se define desde el punto de vista clínico y, en ocasiones, se puede demostrar la presencia de estas contracciones en el estudio urodinámico. En la práctica clínica, este proceso viene determinado por un cuadro miccional caracterizado por urgencia, como síntoma central del síndrome y, en ocasiones por frecuencia, nocturia y/o incontinencia de urgencia.

2.3.2.1 Fisiología de la micción (15)

La micción normal es un mecanismo fisiológico complejo que implica a diferentes sistemas orgánicos: producción de orina por los riñones, transporte y almacenamiento de la misma en la vejiga y su expulsión a través de la uretra cuando el momento y el lugar sean social y culturalmente adecuados. El control de la micción implica a la corteza cerebral, médula espinal, innervación somática y autónoma y vías nerviosas aferentes y eferentes (16). Aunque, en condiciones normales, la micción en sí es un fenómeno voluntario, el control de todo el proceso corresponde al sistema nervioso autónomo, que es principalmente eferente, es decir, existe un control continuo por parte de los centros superiores del proceso, existiendo dos fases bien diferenciadas: la *fase de llenado*, o de *almacenamiento-continencia* en la que existe actividad sensorial aferente y, la fase de *vaciado*, de regulación eferente.

La fase de *llenado* es posible por las propiedades viscoelásticas de la pared vesical, que permiten el llenado de la vejiga a baja presión: primero se produce el estiramiento de las fibras elásticas hasta un límite en que participan las fibras colágenas, manteniendo un tono constante, lo que se denomina acomodación. Esta fase está regulada principalmente por la acción del sistema nervioso simpático (a través del efecto simpático betaadrenérgico que relaja al músculo detrusor y, por el efecto alfa1 adrenérgico, que mantiene cerrado el cuello

vesical mediante su acción sobre el esfínter interno) y la inhibición del parasimpático. Además, debido a la innervación somática del suelo pélvico y del esfínter externo, la contracción voluntaria del diafragma pélvico permite evitar la salida de orina al aumentar la presión uretral. Por tanto, en la fase de llenado, la presión uretral es superior a la presión vesical.

En la fase de *vaciado* existe, como hemos visto, un predominio de la actividad parasimpática, responsable de la contracción del músculo detrusor por la liberación de acetilcolina. Para que se produzca la salida de la orina, la presión intravesical debe superar a la resistencia uretral. A nivel central, la supresión de las señales inhibitorias encefálicas da lugar a una descarga parasimpática y a una inhibición del sistema nervioso simpático y del somático, que se traduce en la contracción del músculo detrusor y la relajación del cuello vesical y de la uretra. En el ser humano existen cinco tipos de receptores muscarínicos (M1 a M5). Entre ellos, el receptor M3 es el predominantemente responsable como mediador de la contracción vesical. Los receptores M2 vesicales también intervienen en esta fase al revertir la relajación que depende de los receptores β -adrenérgicos. La micción normal se produce, por tanto, por una contracción continua del detrusor iniciada voluntariamente, ya que el individuo es capaz de inhibir la actividad del detrusor hasta que puede orinar. En esta fase existe ausencia de actividad simpática, lo que permite la relajación de la uretra y del suelo pélvico y la expulsión de la orina.

2.3.2.2. Alteraciones fisiológicas en la vejiga hiperactiva

En pacientes con vejiga hiperactiva, estos mecanismos fisiológicos de almacenamiento y vaciado de la orina siguen actuando, si bien alterados. Y dado que la contracción vesical está mediada por el sistema parasimpático, con la acetilcolina como mediador, y con los receptores muscarínicos como responsables de la misma, las bases del tratamiento médico de la VH se han centrado en el bloqueo de dicha contracción con las sustancias conocidas como antimuscarínicos o anticolinérgicos (17).

Entre las posibles causas de hiperactividad del detrusor, Bosch (18) hace referencia a alteraciones miogénicas, neurológicas (alteraciones del reflejo miccional), bioquímicas (cambios en la neurotransmisión) o psicológicas entre otras.

2.3.2.2.1 Alteraciones miogénicas

El músculo detrusor está compuesto por elementos elásticos (70%) y por fibras colágenas (30%). El componente elástico permite la distensión vesical durante la fase de llenado, sin que aumente demasiado la presión intravesical. Cuando se inicia la distensión de las fibras de colágeno, se produce un aumento de la presión vesical notable, en relación con el inicio de la fase de vaciado.

Este proceso de acomodación puede verse alterado por desórdenes miogénicos, dando lugar a altas presiones vesicales para volúmenes de llenado pequeños o a una disminución del umbral de excitación.

2.3.2.2.2 Alteración del reflejo miccional

El mecanismo de la micción está regulado por tres sistemas nerviosos: simpático, parasimpático y somático. Y todos estos sistemas están interrelacionados por reflejos neuronales que contribuyen a la activación o inhibición de los mecanismos implicados en la micción y en la regulación de la actividad del detrusor. La alteración de dichos reflejos puede ocasionar una hiperactividad vesical y puede ser por tres causas (19):

- Aumento de la actividad periférica aferente
- Disminución de la inhibición de los centros encefálicos
- Disminución de los reflejos inhibidores periféricos

Las vías aferentes sensitivas que van desde el músculo detrusor hacia el sistema nervioso central, pueden activarse desde cualquier punto de su recorrido por estímulos ajenos, dando lugar a un aumento de su actividad

aferente, lo que conlleva un incremento en la contractilidad del detrusor. Estos estímulos ajenos pueden ser procesos urológicos y extraurológicos (infecciones, trigonitis, neoplasias, cistitis intersticial,...).

El área cortical del detrusor se sitúa en la porción supero-medial del lóbulo frontal (áreas 8 y 6 de Brodmann). El área pudenda se sitúa en el córtex sensitivo motor (áreas 4, 3, 1 y 2 de Brodmann). Ambas zonas están interconectadas entre sí para el control funcional vejiga-uretra. Cualquier factor patológico que actúe en estos centros nerviosos o en las vías que los interconectan, van a liberar al núcleo pontino del control voluntario cortical, dando lugar a hiperactividad del detrusor **(Figura 5)**.

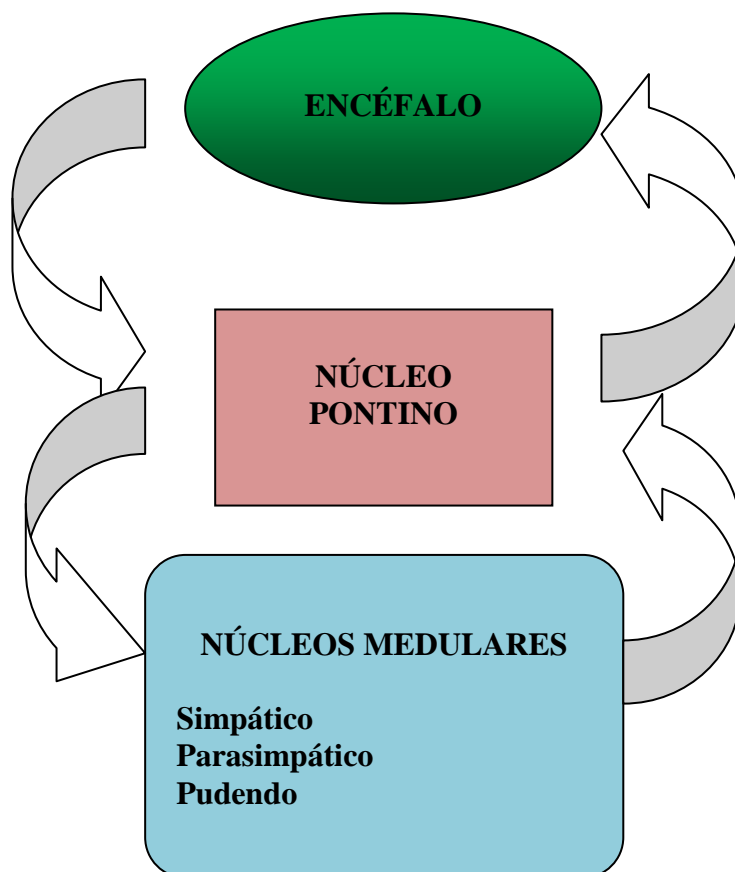


Figura 5. Control de la micción a nivel del SNC

Cuando se alteran los reflejos inhibidores periféricos de la micción, también se origina una hiperactividad del detrusor. Esto puede ser debido a incrementos en la presión abdominal (tos, estornudo,...), a la disminución del tono del suelo pélvico (simulando la relajación del periné durante el mecanismo de micción) o al paso de orina a la uretra en relación con un aumento de presión vesical (en pacientes con cuello vesical incompetente).

2.3.2.2.3 Alteraciones en la neurotransmisión

El músculo detrusor, como hemos señalado anteriormente, tiene neurorreceptores simpáticos y parasimpáticos. Los receptores parasimpáticos son colinérgicos de tipo muscarínico y se distribuyen por todo el músculo, a excepción del trígono. Los receptores del sistema nervioso simpático son de tipo beta-adrenérgicos y alfa-adrenérgicos, estos últimos localizados principalmente en el trígono vesical. La fase de llenado vesical viene determinada por la acción del sistema nervioso simpático y la inhibición del parasimpático, relajando así al detrusor y ocasionando la contracción del trígono y del esfínter interno. En la fase de vaciado vesical ocurre lo contrario, el predominio de acción del sistema nervioso parasimpático mediante estímulos colinérgicos ocasiona la contracción del detrusor, al tiempo que se produce la apertura del cuello vesical y de la uretra.

Cambios en el tipo, la cantidad o la afinidad del neurorreceptor, ocasionan alteraciones miccionales que pueden traducirse en hiperactividad vesical, como sucede en la hiperplasia benigna de próstata (19,20).

2.3.2.2.4. Alteraciones sensoriales y emocionales

La hiperactividad vesical también puede ser debida a alteraciones sensitivas. El hecho de que el músculo detrusor esté bajo control consciente y voluntario, hace que pueda verse afecto por diferentes causas sensoriales (frío, agua, lluvia,..), reaccionando de forma anómala y contrayéndose y, emocionales (en relación con el sistema límbico).

2.3.2.2.5. Otras causas

Hay otras causas de hiperactividad vesical, como las debidas a daño neurológico (vejiga neurógena), secundaria a procesos urológicos, a patología de órganos vecinos, etc. Por ello, dada la multiplicidad causal, es preciso un amplio estudio de los pacientes que presentan esta entidad, para determinar la evolución y el tratamiento, así como de la prevalencia de la misma en la población general.

2.4. EPIDEMIOLOGÍA DE LA INCONTINENCIA URINARIA

2.4.1. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer

Al revisar los trabajos publicados acerca de incontinencia urinaria, se observa que existe gran heterogeneidad y variabilidad en los resultados de prevalencia obtenidos, lo que hace difícil determinar la prevalencia real de esta patología.

La incontinencia urinaria es una enfermedad que afecta más a mujeres que a hombres, varía su prevalencia con la edad y tiene un impacto importante en la calidad de vida de los pacientes, ocasionando altos costes directos e indirectos.

La prevalencia de la incontinencia urinaria está en relación con la edad, el tipo de incontinencia, la definición empleada, el cuestionario utilizado, el país y la población de estudio. Sin embargo, es el tipo de definición empleada la variable que más influye en la prevalencia. Aquellos estudios que utilizan una definición amplia de incontinencia son los que tendrán unos valores más elevados de prevalencia. También se ha observado que los resultados varían si los datos se obtienen mediante entrevista que si se obtienen mediante auto-cuestionarios, siendo más valorable la prevalencia en el primer caso.

Según Hunskaar et al (21), la prevalencia de incontinencia urinaria de cualquier tipo y/o grado, se encuentra entre el 10% y el 50% de la población general.

La prevalencia estimada en la mayoría de los estudios oscila entre el 25% y el 45% cuando se emplea una definición más amplia de incontinencia, como es la pérdida urinaria en “alguna ocasión”.

Con la edad, se han observado variaciones en la prevalencia de incontinencia, siendo de un 30 % entre los 50 y los 54 años, disminuyendo ligeramente entre los 55 y los 70 años y aumentando de nuevo a partir de los 75 años, de forma gradual.

Hampel (22) realiza una revisión de prevalencia, obteniendo cifras de incontinencia que oscilan entre el 22,5% y el 90%, con un valor medio del 55,7% y, que al estratificar por edad, muestra los siguientes resultados: en mujeres menores de 30 años un 5% presenta IU de forma regular; entre los 30 y los 60 años, la prevalencia media es del 24,5% (14-41%); en mujeres mayores de 60 años, la prevalencia media global publicada es del 23,5% (4.5-44%).

2.4.1.1 Prevalencia de Vejiga Hiperactiva

En el caso concreto de la hiperactividad vesical, se sospecha que la prevalencia estimada en los distintos estudios es inferior a la prevalencia real de la enfermedad. Esto es debido, por una parte, a la reticencia de muchos pacientes a consultar con su médico cuando presentan esta patología y, por otra, al uso de las diversas definiciones empleadas en las distintas poblaciones de estudio.

Dentro los síntomas de la vejiga hiperactiva, la urgencia y la frecuencia miccional son más prevalentes que la incontinencia urinaria de urgencia. De este modo, alrededor del 33% de los pacientes con vejiga hiperactiva presentan a su vez incontinencia urinaria de urgencia.

La mayoría de los estudios de la literatura hablan de la prevalencia de la incontinencia urinaria, siendo menores los que hacen referencia a la prevalencia de vejiga hiperactiva. El programa NOBLE (National Overactive Bladder Evaluation) (23), realizado en Estados Unidos, estudia la prevalencia de vejiga hiperactiva en hombres y mujeres mayores de 18 años. Dicho estudio muestra una prevalencia media de vejiga hiperactiva del 16.5 % de la población a estudio, siendo del 16,9 % en mujeres y del 16% en hombres. Se demostró que la prevalencia de la enfermedad era mayor para ambos sexos a medida que aumentaba la edad, siendo mayor la prevalencia de vejiga hiperactiva sin incontinencia urinaria de urgencia, que la asociada a incontinencia (10,4% frente a un 6,1%). Además, se observó que la incontinencia urinaria de urgencia era más prevalente en mujeres que en hombres por encima de los 65 años de edad.

En España, Castro et al (3) obtienen una prevalencia global de vejiga hiperactiva del 19.9%; con valores de prevalencia del 15.2% en mujeres entre 40-49 años de edad, del 21.7% entre los 50-59 años, del 24.5% entre 60-69 años y un 33.2% a partir de los 70 años.

Según el estudio EPICC (4), la prevalencia de vejiga hiperactiva (VH) y de incontinencia urinaria (IU) aisladas en mujeres laboralmente activas fue de 2,69% y 4,01% respectivamente; en varones fue de 3,55% y 0,56%; en personas de más de 65 años fue de 9,14% y 15,16%. En total, el 9,94% (95% IC= 8,9–11,04) de las mujeres estudiadas estaban afectas de VH y/o IU. Con estos datos, concluyeron que la prevalencia de VH y/o IU en España se acerca al 10% en mujeres entre 25 y 64 años, es aproximadamente de un 5% en varones entre 50 y 65 años y es superior al 50% en mayores de 65 años de ambos sexos.

Muchos de estos estudios sobre prevalencia de vejiga hiperactiva, ponen también de manifiesto el impacto que esta patología tiene en la calidad de vida.

Este aspecto es muy importante, sobre todo teniendo en cuenta que es una enfermedad cuya prevalencia mundial se estima entre 50 y 100 millones de personas afectas, por los costes directos e indirectos que supone.

2.4.2. Factores de riesgo de incontinencia urinaria en la mujer

Aunque no hay una clara relación causal entre los factores de riesgo y el grado y/o tipo de incontinencia urinaria, los factores de riesgo más estudiados son la edad, la paridad, la obesidad, los síntomas del tracto urinario inferior y el deterioro funcional (15).

2.4.2.1 Edad

La incontinencia urinaria se correlaciona con la edad e incrementa su prevalencia a medida que la edad avanza (24). Esto es debido a los cambios que el envejecimiento produce en el suelo de la pelvis y en la vejiga, asociados a otros factores de incontinencia. La mayoría de los estudios publicados muestran un aumento de la incontinencia en mujeres entre 50 y 60 años, coincidiendo con la etapa de la menopausia. También se observa que la edad está relacionada con el tipo de incontinencia urinaria. La incontinencia de esfuerzo es más prevalente en mujeres jóvenes y de mediana edad, disminuyendo de forma progresiva a partir de los 60 años, al contrario de lo que sucede con la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia mixta, que aumentan progresivamente con la edad (Estudio EPINCONT) (25).

Los cambios relacionados con la edad que pueden contribuir al desarrollo de la IU, se muestran en la **Tabla 1**.

TABLA 1. Edad e incontinencia urinaria. Factores relacionados
<p>Disminución del tejido elástico Atrofia celular</p> <p>Degeneración nerviosa Reducción tono músculo liso Hipoestrogenismo Deterioro cognitivo</p> <p>Inmovilidad Pérdida de capacidad de concentración renal Comorbilidad: polifarmacia</p>

2.4.2.2 Embarazo y parto

Aunque no hay una relación lineal entre paridad e incontinencia, sí que se ha establecido que la incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres multíparas que en nulíparas (26). La paridad se asocia a incontinencia de esfuerzo y a incontinencia mixta y, menos, a incontinencia de urgencia, siendo más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres que tuvieron partos a edades más avanzadas y por vía vaginal. También hay que señalar que la presencia de incontinencia urinaria durante el embarazo es un predictor de incontinencia durante el puerperio y un factor de riesgo para incontinencia urinaria a medio y largo plazo.

2.4.2.3 Obesidad

Hay una clara relación entre el índice de masa corporal y la incontinencia urinaria (27). En la mayoría de estudios de incontinencia publicados, la prevalencia de incontinencia es mayor en mujeres obesas, disminuyendo esta prevalencia en mujeres que pierden peso o se someten a cirugía bariátrica.

2.4.2.4 Otros factores

Existen otros factores relacionados con la incontinencia urinaria, como son la menopausia, la histerectomía, los síntomas del tracto urinario inferior, el deterioro funcional y cognitivo y el hábito tabáquico.

El alcohol, la cafeína y ciertos fármacos como tranquilizantes, antidepresivos y diuréticos, pueden participar en la aparición de incontinencia urinaria por diferentes mecanismos. Los antidepresivos, sedantes y relajantes musculares actúan en el sistema nervioso central, ocasionando efecto anticolinérgico, sedación, relajación muscular e incluso inmovilidad. En el caso de los diuréticos, es debido a la poliuria, urgencia y frecuencia que generan (99).

En cuanto a la cirugía pélvica, en un estudio realizado por Hording (100) se obtiene una prevalencia de incontinencia urinaria del 30% en mujeres de 45 años tras una histerectomía. Mientras que la prevalencia de incontinencia urinaria encontrada en mujeres con prolapso uterino sin cirugía fue del 21%.

Por otro lado, no se conoce exactamente la relación existente entre el déficit de estrógenos y la incontinencia, sin poder establecerse una relación causal, pero sí que se ha observado que la menopausia da lugar a un mayor número de episodios de incontinencia cuando se compara con mujeres premenopáusicas, es decir, influye en la severidad de los síntomas (28,29).

2.5 DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA Y DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

En la valoración del paciente con incontinencia urinaria, es fundamental la realización de una buena historia clínica, que nos oriente sobre las posibles causas de incontinencia; una exploración física global del aparato genitourinario y las correspondientes pruebas y test complementarios que se precisen.

Una correcta historia clínica debe incluir los antecedentes personales del sujeto, la medicación que toma habitualmente y que pueda estar en relación con las pérdidas urinarias y, las características de la incontinencia.

En las mujeres, los antecedentes personales deben recoger los datos obstétricos (paridad, partos distócicos, peso fetal,...) y los datos ginecológicos (edad de la menopausia, cirugías del aparato genital,...). Mientras que en el caso de los varones interesa, entre los factores más importantes, la semiología prostática.

Otras patologías de interés a tener en cuenta son: las enfermedades neurológicas (Parkinson, demencia, ACV) y los traumatismos craneoencefálicos, la diabetes mellitus, el déficit de vitamina B12, el consumo de alcohol y/o tabaco, la patología osteoarticular, el déficit de movilidad, depresión, infecciones urinarias, litiasis, patología cardíaca, hipertensión o la cirugía pélvica.

También hay determinados fármacos que pueden estar relacionados con la incontinencia urinaria, como son: neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, antagonistas del calcio, antihistamínicos, hipnóticos o AINE. En la **Tabla 2** se describen los fármacos que pueden estar en relación con la incontinencia.

TABLA 2. Fármacos que pueden provocar incontinencia urinaria.

1. Aumentan la contractibilidad del detrusor:
 - Colinérgicos
 - Betanecol
 - Carbacol
 - Anticolinesteránicos
 - Prostaglandinas
 - E2
 - F2 α
2. Disminuyen la resistencia uretral:
 - Antagonistas α -adrenérgicos
 - Fenoxibenzamina
 - Fentolamina
 - Prazosin
 - Relajantes musculares
 - Baclofen
 - Dantrolene
 - Diazepam

Además de estos antecedentes, es fundamental completar la historia clínica con un análisis detallado de las características de la incontinencia urinaria. Dicho análisis debe incluir la forma de inicio de la incontinencia (brusca o insidiosa), el tiempo de evolución, la sintomatología genitourinaria asociada (urgencia, nocturia, tenesmo, dificultad para el inicio de la micción, hematuria,...). También es fundamental preguntar por la frecuencia miccional, la gravedad de la incontinencia (número y cantidad de pérdidas) y los posibles factores precipitantes. En la evaluación diagnóstica es de utilidad el diario miccional, entendiendo como tal el registro de las micciones que realiza el individuo durante un periodo de 3 días, recogiendo otros aspectos, además, como la ingesta de líquidos, uso de absorbentes, episodios de incontinencia, sensación de urgencia acompañante, etc.

A la hora de realizar la exploración física del paciente con incontinencia, hay que tener en cuenta tanto el estudio del aparato genitourinario (presencia de celes, atrofia, prolapsos, tumoraciones, desgarros,...), como la valoración de posibles causas o factores neurológicos relacionados con la incontinencia urinaria (marcha, focalidad, sensibilidad perineal,...).

Pese a todo lo expuesto anteriormente, en los casos en los que haya dificultad para realizar un correcto diagnóstico o en aquellos en los que sea preciso, pueden solicitarse pruebas complementarias, como pueden ser: analítica básica de orina, urocultivo, bioquímica de sangre, ecografía ginecológica, cistoscopia, uroflujometría o electromiograma entre otros. Todo ello sin olvidar el gran interés diagnóstico que tiene la realización de determinados test estandarizados sobre incontinencia, tanto para la evaluación del tipo y la gravedad de la pérdida urinaria (ICIQ-SF (30), test de Sandvik (60),etc.), como para estudiar la afectación en la calidad de vida de los sujetos afectos (King's Health Questionnaire) (31).

2.6 TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

El tratamiento de la vejiga hiperactiva es de gran importancia, al tratarse de una patología relativamente frecuente que, además, lleva asociada una importante alteración de la calidad de vida. La base de dicho tratamiento es farmacológica, sin embargo, el primer escalón terapéutico lo constituye el manejo conservador mediante una serie de modificaciones en el estilo de vida de los pacientes afectos de vejiga hiperactiva (32).

Cuando hablamos de manejo conservador, nos referimos a controlar ciertos factores agravantes de esta patología, como pueden ser: la obesidad, el consumo de cafeína, de alcohol y la ingesta de líquidos en exceso o en determinados momentos del día. Hay estudios que demuestran que solamente con corregir estos factores, hay una disminución en los episodios de incontinencia de urgencia en pacientes que los presentan (33).

Además y, dentro del primer escalón de tratamiento, tiene mucha importancia la reeducación vesical, con el objetivo de que el paciente pueda ir controlando poco a poco la frecuencia miccional. Todas las medidas descritas constituyen la primera opción de tratamiento debido a su eficacia, bajo coste y ausencia de efectos secundarios, pero como ya se ha mencionado, es la terapia con fármacos la base del tratamiento de la vejiga hiperactiva.

Son muchos los fármacos que ejercen su acción sobre la función vesical y que pueden resultar útiles en el tratamiento de la vejiga hiperactiva, sin embargo, el grupo de los *antimuscarínicos* es el único que había mostrado, hasta la fecha, el mayor nivel de evidencia en el tratamiento de esta patología, siendo los fármacos de elección en la VH tras el fracaso, o como complemento, a la modificación del estilo de vida y a la reeducación vesical (34).

Estos fármacos actúan de forma competitiva bloqueando los receptores muscarínicos del músculo detrusor, fundamentalmente M2 y M3, impidiendo así la contracción del mismo que se produce en los casos de hiperactividad vesical (35). Sin embargo, este bloqueo muscarínico no se da de forma selectiva a nivel del músculo detrusor, sino que afecta a los receptores muscarínicos de otros órganos y sistemas (glándulas lacrimales y salivares, colon y sistema nervioso central), acción responsable de los efectos secundarios de estos fármacos (sequedad ocular, sequedad de boca, estreñimiento, mareos).

También se ha observado que existen receptores muscarínicos en las terminales nerviosas presinápticas que participan en la regulación de la transmisión de la información desde la vejiga. En la fase de llenado se libera acetilcolina desde estas terminales y, también, desde el urotelio (acetilcolina no neurógena), por lo que los antimuscarínicos, probablemente actúan, además, en la fase de llenado modulando la señalización aferente (36).

Por todas estas acciones, los fármacos antimuscarínicos mejoran los síntomas de la VH (disminuyendo la frecuencia urinaria y el número de episodios de incontinencia de urgencia) y los parámetros urodinámicos en comparación con placebo. Pero esta acción es también responsable de los efectos secundarios del tratamiento, siendo el más común la sequedad de boca, seguido del estreñimiento, cefalea y somnolencia. A este respecto, presentan un perfil de efectos adversos más favorable los antimuscarínicos con mayor selectividad por los receptores M2 y M3 (solifenacina) y con mayor selectividad por la vejiga (tolterodina y fesoterodina).

Las contraindicaciones al tratamiento con estos fármacos son pocas y comunes a todos ellos: glaucoma de ángulo estrecho no tratado, miastenia gravis, retención u obstrucción urinaria severa, trastornos gastrointestinales obstructivos e insuficiencia hepática grave. Y entre las contraindicaciones relativas, se encuentran los pacientes con riesgo de prolongación del QT (hipokalemia, bradicardia y administración concomitante de fármacos que prolongan el intervalo QT) o con enfermedades cardíacas relevantes preexistentes (isquemia miocárdica, arritmia, insuficiencia cardíaca congestiva), por el riesgo teórico de taquicardia que puede predisponer a arritmia e isquemia.

A pesar de la eficacia clínica de los fármacos antimuscarínicos, la adherencia al tratamiento de los mismos es baja (37). Esto es debido principalmente a la aparición de los efectos secundarios, a la no consciencia de la cronicidad del proceso y a que el beneficio clínico percibido por el paciente sea insuficiente (es decir, aunque mejoren los síntomas, no llegan a desaparecer). De ahí la importancia de explicar a los pacientes los efectos y beneficios de la medicación a corto y largo plazo.

Por último, la existencia de contraindicaciones y efectos secundarios, la baja adherencia al tratamiento y el hecho de que algunos pacientes no responden a ningún fármaco de esta clase (VH refractaria), han llevado al desarrollo de otros grupos farmacológicos que puedan servir de tratamiento de esta patología, como son los agonistas betaadrenérgicos, utilizados actualmente y, otros grupos farmacológicos que siguen siendo objeto de estudio hasta la fecha.

Para entender el mecanismo de acción de los *agonistas betaadrenérgicos*, hay que recordar la presencia de receptores adrenérgicos en la vejiga, principalmente los del subtipo β , predominantes al inducir relajación cuando son estimulados por medio del sistema simpático. Los más frecuentes son los receptores β -3, constituyendo la principal diana terapéutica dentro de los receptores adrenérgicos. La investigación se ha dirigido a encontrar fármacos que, actuando como agonistas de los receptores β -3, produzcan relajación vesical, facilitando la fase de llenado e impidiendo la aparición de contracciones no inhibidas del detrusor. Entre estos fármacos se encuentra el mirabegrón, que ha sido ampliamente estudiado en ensayos clínicos frente a placebo y también comparativamente con anticolinérgicos como tolterodina o solifenacina (38).

Como ocurre con los fármacos antimuscarínicos, las indicaciones del mirabegrón son el tratamiento sintomático de la urgencia, aumento de la frecuencia de micción y/o incontinencia de urgencia, en pacientes adultos y con síndrome de vejiga hiperactiva (VH). La dosis recomendada es de 50 mg una vez al día con o sin alimentos. Las contraindicaciones y precauciones especiales de empleo son la hipersensibilidad al producto o a alguno de sus componentes, la insuficiencia renal en pacientes con enfermedad renal en fase terminal, insuficiencia hepática grave, hipertensión grave no controlada y pacientes con prolongación congénita o adquirida del intervalo QT, o pacientes que estén tomando medicamentos que se sabe que prolongan el intervalo QT.

En estudios comparativos, Mirabegrón presenta un rápido inicio terapéutico, incluso en la primera semana de tratamiento, frente a las dos o tres semanas necesarias en el caso de los antimuscarínicos (39).

Por tanto, en el momento actual, podemos concluir que el tratamiento farmacológico de la vejiga hiperactiva se basa en los fármacos antimuscarínicos o agonistas betaadrenérgicos, con un nivel de evidencia 1 y un grado de recomendación A (40). La eficacia de ambos grupos farmacológicos es similar, sin embargo, se han encontrado diferencias en cuanto a efectos secundarios y contraindicaciones, lo que permite disponer de más opciones terapéuticas a la hora del manejo de la VH.

La **Tabla 3** contiene los fármacos anticolinérgicos que se utilizan actualmente en España:

TABLA 3. Antimuscarínicos comercializados en España

Antimuscarínico	Presentación	Dosis/día	Frecuencia/día
Oxibutinina	Comprimidos 5 mg	5-20 mg	1/6-12 h
Oxibutinina	Parche transdérmico 36 mg	3.9mg/24 horas	2 veces en semana
Cloruro de trospio	Grageas 20 mg	40 mg	1/12 h
Tolterodina	Cápsulas 2 mg	4 mg	1/12 h
Tolterodina LP	Cápsulas 4 mg	4 mg	1/24 h
Solifenacina	Comprimidos 5 mg	5 mg	1/24 h
Solifenacina	Comprimidos 10 mg	10 mg	1/24 h
Fesoteridina	Comprimidos 4 mg	4 mg	1/24 h
Fesoteridina	Comprimidos 8 mg	8 mg	1/24 h

Otra posibilidad de tratamiento del síndrome de vejiga hiperactiva es la terapia combinada, con antimuscarínicos y agonistas betaadrenérgicos. Según un

ensayo clínico realizado a nivel europeo (41), en el que se pretendía evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento combinado con solifenacina y mirabegrón frente a solifenacina sola, se observó que la terapia combinada presentaba mayor eficacia que la solifenacina sola en el aumento del volumen vesical medio por micción y en la disminución de la frecuencia miccional, con mejoría más notable en la calidad de vida y, sin verse incrementados los efectos secundarios.

Además de lo descrito hasta ahora, son numerosas las líneas de investigación abiertas actualmente y orientadas al estudio de nuevos fármacos que actúen en diferentes fases del ciclo miccional. También es preciso señalar que otras opciones terapéuticas como el biofeedback, la neuromodulación sacra (42), la estimulación del nervio tibial posterior o la infiltración vesical con toxina botulínica (43), pueden utilizarse en la vejiga hiperactiva, principalmente en los pacientes que presentan fracaso al tratamiento farmacológico (vejiga hiperactiva refractaria).

En definitiva, el tratamiento de la vejiga hiperactiva se basa en el empleo de fármacos antimuscarínicos y/o betaadrenérgicos, siendo ambos de elección y los de mayor nivel de evidencia y, empleándose un grupo u otro en función de la clínica, del paciente, de las contraindicaciones y de los efectos adversos, pero precedido siempre de medidas conservadoras y modificadoras de la conducta.

2.7 VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA

Hemos mencionado cómo la calidad de vida se ve afectada de forma importante en los pacientes con vejiga hiperactiva. Así, no extraña que la calidad de vida sea considerada uno de los indicadores principales de resultados en pacientes con sintomatología de hiperactividad vesical con o sin incontinencia.

Para entender el concepto de calidad de vida, es preciso hacer referencia a la definición de la O.M.S, según la cual, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (Grupo WHOQOL, 1994) (44)

Aunque la definición anterior de calidad de vida engloba varios aspectos de la vida del sujeto, tiene su máxima expresión en la *Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)*, siendo tres las dimensiones que global e integralmente comprende la calidad de vida:

- Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. Es decir, es esencial estar sano para tener una vida con calidad.
- Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- Dimensión social: Es la percepción del individuo de la relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral

La valoración de la calidad de vida, realizada mediante la utilización de cuestionarios estandarizados, es fundamental en la toma de decisiones clínicas de una determinada enfermedad y, en lo relacionado con el

tratamiento, la prevención y los cuidados de la misma, sobre todo si se trata de enfermedades crónicas, como es en este caso la vejiga hiperactiva asociada o no a incontinencia urinaria de urgencia (45). Ambas patologías, sin tratarse de enfermedades de pronóstico grave para el paciente, ocasionan un importante impacto en la calidad de vida del sujeto, comparable con el deterioro que ocasionan otras enfermedades como la artrosis de miembros inferiores, la depresión y los problemas lumbares (46). Además, en estudios recientes, se ha asociado la presencia de síntomas urinarios con mayor predisposición a la ansiedad y la depresión y con alteración de la vida sexual, tanto en mujeres como en varones (47-50).

No obstante, el impacto de la sintomatología urinaria en la calidad de vida es variable entre unos pacientes y otros y debe ser evaluado de manera individual, sobre todo desde el punto de vista terapéutico.

Son escasos los estudios realizados en nuestro país que relacionen calidad de vida y vejiga hiperactiva (con o sin incontinencia urinaria de urgencia), siendo el estudio EPICC (4,51), de la Asociación Española de Urología, uno de los que relacionan CVRS y síntomas urinarios en un subgrupo de mujeres de entre 50-64 años laboralmente activas, en varones de la misma edad y en personas de ambos sexos mayores de 65 años institucionalizadas. Según este trabajo, la presentación conjunta de síntomas de vejiga hiperactiva (VH) y de incontinencia urinaria (IU) genera mayor deterioro en la CVRS que la presentación aislada de VH o IU, ocasionando a su vez un impacto similar en varones y mujeres de mediana edad, pero siendo superior en los varones a partir de los 65 años.

Es fundamental la existencia de dichos estudios, puesto que disponer de datos descriptivos de la calidad de vida de los sujetos que presentan VH y/o IU es de gran importancia a la hora de tener una referencia poblacional con la que comparar cuando surgen nuevos estudios y nuevas pautas terapéuticas.

OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

Como hemos mencionado en la introducción y en el marco teórico precedentes, la vejiga hiperactiva es, por un lado, una patología altamente prevalente en la población general y, específicamente, en la población femenina, sobre todo a partir de la menopausia. Por otro lado, sabemos que, con frecuencia, la vejiga hiperactiva se asocia a otras patologías del suelo pélvico, tales como incontinencia urinaria de esfuerzo, prolapso genital, etc. También hemos mencionado como esta patología puede afectar de forma importante la calidad de vida de la mujer, en distintas esferas de su vida cotidiana y, hemos hecho referencia a la escasez de estudios en nuestro medio, a veces con falta de metodología estandarizada. En el presente trabajo analizamos dicha patología en población postmenopáusica sana perteneciente a nuestra área sanitaria. Así, planteamos este estudio con el que se pretende dar respuesta a distintas cuestiones fijando como objetivos los siguientes aspectos.

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal del estudio es determinar la prevalencia de vejiga hiperactiva en mujeres postmenopáusicas pertenecientes al área sanitaria del Hospital Universitario 12 de Octubre, las variaciones en la misma según grupos de edad y los factores de riesgo asociados.

3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

Los objetivos secundarios del estudio son:

- Describir las características basales de la población femenina postmenopáusica afecta y no afecta de vejiga hiperactiva.
- Evaluar la presencia de otros síntomas urogenitales en la población de estudio y su asociación con la vejiga hiperactiva.

- Evaluar el uso de recursos sanitarios por parte de las pacientes afectas de vejiga hiperactiva, la percepción de enfermedad por parte de ellas y su deseo de evaluación, seguimiento y tratamiento.
- Evaluar la calidad de vida en pacientes afectas de vejiga hiperactiva.
- Evaluar el seguimiento longitudinal de la vejiga hiperactiva en las consultas especializadas.

MATERIAL Y MÉTODO

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio primario, no experimental, transversal, de prevalencia de vejiga hiperactiva y factores de riesgo asociados en población postmenopáusica sana, en el que los sujetos han sido incluidos de forma aleatoria (muestra probabilística), a partir de la información obtenida de la codificación de las tarjetas sanitarias. El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital Universitario 12 de Octubre (expediente 11/074).

4.2 MATERIAL

4.2.1 Población de estudio

Los participantes seleccionados han sido mujeres de la población general, pertenecientes al área sanitaria del Hospital 12 de Octubre, con edad igual o superior a 50 años, siendo el criterio de inclusión para el estudio que se encuentren en el período de menopausia, entendiendo como tal un periodo de amenorrea de, al menos, un año de duración, sin otra causa subyacente (según los criterios STRAW) (52). Se ha elegido como punto de corte los 50 años porque ésa es la edad media de aparición de la menopausia en la población española (53- 55). Las pacientes de 50 o más años, que fueron contactadas telefónicamente pero que no cumplían el requisito antedicho, fueron excluidas del estudio.

4.3 MÉTODO

4.3.1. Tamaño muestral

Se calculó el tamaño muestral necesario para una prevalencia estimada de vejiga hiperactiva en la población femenina postmenopáusica del 19%, según los datos de la literatura (2-4). Para efectuar el cálculo, se tomó como referencia el límite superior estandarizado de las herramientas de cálculo de tamaño muestral ($n=20.000$), dado que el número de mujeres postmenopáusicas en la Comunidad de Madrid supera el millón de personas (65). En base a ello, el tamaño estimado de la muestra, para un error bilateral del 3% y con un intervalo de confianza del 95%, fue de 600 sujetos. Debido a una tasa estimada de pérdidas del 60%, en relación

con sujetos que no desean participar o que no pueden hacerlo (56,57), fue necesario seleccionar de forma aleatorizada, una población de 2400 mujeres para participar en el estudio. A continuación, se muestra la estratificación por edades de los sujetos que fue preciso incluir en el estudio, según estudios previos de distribución de la prevalencia de vejiga hiperactiva por rangos de edad (58):

Entre 50-54 años de edad: 102

Entre 55-59 años: 81

Entre 60-64 años: 78

Entre 65-69 años: 74

Entre 70-74 años: 72

Entre 75-79 años: 78

Entre 80-84 años: 59

Entre 85-89 años: 36

≥ 90 años: 21

Una vez obtenido el número de casos precisos según el rango de edad escogido, de la base de datos original que incluía los posibles sujetos, se seleccionaron aquellos que iban a ser contactados telefónicamente mediante la aplicación de números aleatorios de un rango determinado para cada intervalo etario, obtenidos mediante el programa informático Microsoft Excel® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos).

4.3.2 Selección de los sujetos de estudio.

En cuanto al instrumento y técnica de trabajo, fue diseñada para el presente estudio la realización de una *encuesta* para la recolección de datos. La primera parte de la encuesta se realizó telefónicamente (para la identificación de los posibles “casos”) y la segunda de manera presencial (para una valoración más precisa de la patología de los sujetos afectos). Durante su diseño se tuvieron en cuenta las variables objeto de estudio.

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta, se realizó inicialmente un *estudio piloto*, en el que se aplicó la encuesta elaborada en una muestra similar (con sujetos voluntarios) a la que se utilizaría posteriormente en el estudio formal, con el fin de que las personas implicadas nos indicaran los problemas que detectaban en las preguntas: complejidad, incomprensión, ambigüedad, preguntas repetidas, etc., con el objetivo de evaluar la calidad y la organización de la encuesta.

4.3.3 Metodología

4.3.3.1 Encuesta telefónica

Como ya hemos señalado, la primera parte consta de una encuesta telefónica para la detección de “casos” (sujetos que expresen sintomatología de la patología a estudio: Vejiga Hiperactiva). Se realizó la encuesta a 716 sujetos, seleccionados aleatoriamente a partir de los datos de las tarjetas sanitarias y tras informar de la finalidad del estudio a los mismos, y la obtención de su consentimiento verbal.

Dicha encuesta consta de una serie de preguntas breves orientadas a la detección de factores de riesgo y de clínica de vejiga hiperactiva (**Tabla 4**) y, en los casos que presentaron patología urinaria, de la realización adicional de un cuestionario sobre severidad de la incontinencia (60) (**Tabla 9**).

Según los resultados obtenidos, se catalogó a cada participante como:

- No quiere realizar la encuesta
- Normal (se suspende la entrevista)
- Sugestiva de VH (Vejiga Hiperactiva)
- Sugestiva de IUU (Incontinencia Urinaria de Urgencia)
- Sugestiva de IUM (Incontinencia Urinaria Mixta)

A juicio del investigador y, siguiendo los criterios de la ICS que definen el síndrome de vejiga hiperactiva, el sujeto en cuestión fue clasificado como “caso” si presentaba sintomatología sugestiva de vejiga hiperactiva.

TABLA 4. Encuesta telefónica

-Fecha de la encuesta

-Edad

-Paridad

-Menopausia (si/no)

-Edad de la menopausia

-¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento para algún problema urinario?

-¿Le suele suceder con frecuencia que le entran ganas repentinas de orinar sin motivo aparente?

-¿Cuando le entran ganas repentinas de ir al baño a orinar siempre le da tiempo a llegar o a veces se le escapa la orina?

-¿Cuántas veces ha orinado al día en las dos últimas semanas?

Entre 1 y 4

Entre 5 y 8

Más de 8

-Normalmente, ¿cuántas veces se levanta por las noches a orinar? (discriminando las veces que se levanta porque le despiertan las ganas de las que se levanta por otro motivo y van, de paso, a orinar)

-¿Presenta pérdidas involuntarias de orina con los esfuerzos?

NO

SI

Cantidad:

- gotas
- chorro
- micción completa

-¿Ha consultado alguna vez por causas relacionadas con la micción? ¿Con quién?

4.3.3.2 Entrevista presencial

Si el sujeto no era clasificado como “caso” (era un sujeto sano), se daba por finalizada la encuesta. Si el sujeto era clasificado como “caso”, acudiría a una cita presencial en el hospital, donde se realizaba una serie de test validados:

1. Diagnóstico de incontinencia urinaria, test sobre incontinencia urinaria- versión corta (Incontinence Questionnaire Short Form ICIQ-SF) (30) (**Tabla 5**)
2. Escala de percepción de la urgencia por parte del paciente (Patient Perception Urgency Scale, PPUS) (**Tabla 6**)
3. Cuestionario sobre vejiga hiperactiva-versión corta (Overactive Bladder questionnaire-Short Form, OABq-SF) (59) (**Tabla 7**)
4. Cuestionario sobre calidad de vida en pacientes con síntomas urinarios (King's Health Questionnaire, KHQ) (31) (**Tabla 8**)
5. Cuestionario sobre severidad de incontinencia. Test de Sandvik (60) (**Tabla9**)

El test de severidad de Sandvik se realizó nuevamente a las participantes que acudieron a consulta, aunque ya se les hubiera realizado en la encuesta telefónica.

TABLA 5. Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario que identifica a las personas con incontinencia de orina y su impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca 0

Una vez a la semana. 1

2-3 veces/semana. 2

Una vez al día. 3

Varias veces al día. 4

Continuamente. 5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada. 0

Muy poca cantidad 2

Una cantidad moderada 4

Mucha cantidad. 6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

TABLA 6. Escala de Percepción de la Urgencia (PPUS)

No se realiza

Fecha (dd/mm/aa) Hora(formato de 24 horas)

Indique cuál de las afirmaciones siguientes describiría de modo característico su experiencia cuando tiene ganas de orinar (marque una):

- (0) No suelo ser capaz de retener orina
- (1) Suelo ser capaz de retener orina sin pérdidas hasta que llego al baño, siempre que vaya inmediatamente
- (2) Suelo ser capaz de terminar lo que estaba haciendo antes de ir al baño (sin pérdida)

TABLA 7. Cuestionario sobre vejiga hiperactiva. Versión corta (OABq-SF)

En este cuestionario se encontrarán preguntas sobre cuánto han molestado determinados síntomas de la vejiga durante las últimas 4 semanas. Se marca con una X la casilla que mejor describa cuánto molestó cada síntoma durante las últimas 4 semanas. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto le molestó...	Nada	Un poco	Algo	Bastante	Mucho	Muchísimo
Tener deseos molestos de orinar?						
Tener deseos repentinos de orinar con poco o ningún aviso?						
Tener pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina?						
Tener que orinar por la noche?						
Despertarse por la noche porque tenía que orinar?						
Tener pérdidas de orina asociadas con un fuerte deseo de orinar?						
	1	2	3	4	5	6

TABLA 8. King's Health Questionnaire

1. IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL DE SEVERIDAD DE LA PACIENTE

Normal
Leve
Moderada
Severa

2. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA

Cuando conteste a estas preguntas, por favor, piense en lo que ha sentido durante las últimas 2 semanas. Por favor elija una respuesta:

¿Cómo describiría su estado de salud?

Muy bueno
Bueno
Regular
Malo
Muy malo

¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

Mucho
Regular
Poco
Nada

3. TEST DE CALIDAD DE VIDA "KING'S HEALTH QUESTIONNAIRE"

A continuación aparecen algunas actividades diarias que pueden verse afectadas por problemas urinarios. ¿Hasta qué punto le afectan los problemas urinarios?
Nos gustaría que contestara a todas las preguntas pensando en las 2 últimas semanas.

LIMITACIONES EN SUS ACTIVIDADES DIARIAS

¿Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a la tareas domésticas (limpiar, hacer la compra, pequeñas reparaciones, etc).

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo, a sus actividades diarias habituales fuera de casa?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

LIMITACIONES FÍSICAS Y SOCIALES

¿Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ir de paseo, correr, hacer deporte, etc.)

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su capacidad para desplazarse en autobús, coche, tren, avión, etc.?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿Sus problemas urinarios limitan su vida social?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios limitan su capacidad de ver o visitar a los amigos?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

RELACIONES PERSONALES

¿Sus problemas urinarios afectan a su relación con su pareja?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios afectan a su vida sexual?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios afectan a su vida familiar?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

EMOCIONES

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse deprimida?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse preocupada o nerviosa?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse mal consigo misma?

No, en absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho
-----------------	---------	---------------	-------

SUEÑO/VITALIDAD

¿Sus problemas urinarios le afectan el sueño?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Sus problemas urinarios le hacen sentirse agotada o cansada?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE ENCUENTRA EN LAS SIGUIENTES SITUACIONES?

¿Lleva compresas/pañales para mantenerse seca?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Tiene que cambiarse la ropa interior porque esta mojada?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Está preocupada por si huele?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?

Nunca A veces A menudo Siempre

TABLA 9. Test de severidad de Sandvik

Preguntas para evaluar la gravedad de los síntomas de incontinencia de orina en la mujer:

¿Con qué frecuencia se le escapa la orina?
1. Menos de una vez al mes
2. Algunas veces al mes
3. Algunas veces a la semana
4. Todos los días y / o noches
¿Qué cantidad de orina se le escapa cada vez?
1. Gotas (muy poca cantidad)
2. Chorro pequeño (una cantidad moderada)
3. Mucha cantidad

El índice de gravedad se calcula multiplicando el resultado de las dos preguntas y después se categorizan de la siguiente forma:

1 – 2 = leve 3 - 6 = moderada 8 – 9 = grave 12 = muy grave

Para el cálculo en análisis estadístico, para control de resultados, se recomienda añadir el valor cero cuando se han vuelto continentes.

Previo a la realización de dicha evaluación con test diagnósticos validados, se volvió a informar a los sujetos de la finalidad del estudio, en ese caso por escrito (**Tabla 10**) y se obtuvo un consentimiento informado (**Tabla 11**), también por escrito, de la participación en el estudio.

Una vez formalizado el consentimiento de participación en el estudio, se procedió a evaluar a la paciente con los diferentes test diagnósticos.

TABLA 10. La información que se otorgará a los posibles participantes se registrá por los siguientes parámetros:

Objetivo/finalidad del estudio

Se solicita su participación en este Proyecto de investigación, cuyo objetivo principal pretende conocer cuantas pacientes en su área de población pueden estar afectadas por “vejiga hiperactiva”, una enfermedad que provoca graves molestias en un número importante de mujeres postmenopáusicas. Gracias a su colaboración también podremos saber en qué grupo de mujeres es más frecuente esta enfermedad y cómo se ve de alterada su calidad de vida.

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y si usted decide no colaborar no tendrá que dar ninguna explicación.

Procedimientos del estudio

Si usted decide participar, le realizaremos unas preguntas muy sencillas que nos ayudarán a saber si usted podría padecer esta enfermedad. Si pensamos que pudiera padecerla le realizaremos, además, unos test que nos darán el grado de afectación. Tras finalizar la entrevista le informaremos de los resultados por si desea comentarlos con su médico para que le ayude a buscar una solución a su problema.

Beneficios

Es posible que de su participación en este estudio no obtenga un beneficio directo. También es posible que gracias a su colaboración pueda conocer el origen de sus síntomas urinarios, si los tuviere. En cualquier caso, los datos que esperamos obtener del estudio podrían beneficiar en un futuro a otros pacientes que padecen esta enfermedad y contribuir a un mejor conocimiento y tratamiento de la misma.

Compensación

Usted no recibirá ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación.

Confidencialidad

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial y tratada de acuerdo a la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y Ley de Investigación Biomédica 14/2007. Para garantizar el anonimato de su identidad cada uno de los pacientes del estudio recibirá un código (nunca su nombre). Tras la finalización de la llamada telefónica sus datos personales serán destruidos.

Los resultados médicos serán comunicados en reuniones científicas, congresos médicos o publicaciones científicas, sin embargo se mantendrá una estricta confidencialidad sobre la identidad de los pacientes.

Información adicional

Si usted precisa mayor información sobre Este estudio puede contactar con el investigador principal del trabajo “Estudio epidemiológico transversal poblacional sobre prevalencia de vejiga hiperactiva en la mujer postmenopáusica. Factores asociados y calidad de vida” del servicio de Obstetricia y Ginecología teléfono 91-3908813

TABLA 11. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comprendo que la participación es voluntaria y que soy libre de retirarme del estudio, sin necesidad de ofrecer una razón para ello y sin que los derechos médicos o legales que le pertenecen se vean afectados.

Si

No

Comprendo que los datos médicos deben ser vigilados por los responsables del estudio

Si

No

Comprendo que mi participación es voluntaria y expreso libremente mi conformidad para QUE SE OBTENGA INFORMACIÓN SANITARIA de mi historia clínica y de esta encuesta.

Firma de la paciente

Firma del investigador

4.3.3.3 Fases del estudio y plan de trabajo

Entre las fases que componen el estudio encontramos:

-Una fase de realización de encuestas telefónicas, donde se completaron un total de 716 encuestas, lo que supuso un período de unos 18 meses, teniendo en cuenta que el tiempo medio ocupado por cada encuesta telefónica fue de 10 minutos y que se realizaron una media de 3-4 entrevistas válidas al día (sin contar las mujeres que no contestaban al teléfono o las que no deseaban participar en el estudio, por lo que fue preciso llamar a unas 2400 mujeres aproximadamente).

- Una segunda fase de encuestas presenciales, llevada a cabo en el hospital, sólo en sujetos que fueron clasificadas como posible “caso” de vejiga hiperactiva y también en aquellas otras que presentaban algún tipo de incontinencia urinaria, con el objetivo de ofrecer asistencia sanitaria a los sujetos que, sin presentar hiperactividad, participaron en el estudio.

El tiempo que precisó cada participante fue aproximadamente de 40 minutos. Estas entrevistas fueron realizadas de forma simultánea en el tiempo con las entrevistas telefónicas según se iban reclutando los casos. En total, fueron evaluadas 43 mujeres de forma presencial, porque el resto de sujetos “afectos” no podía o no deseaba acudir a la consulta para valoración, como se verá en el apartado de resultados.

- Introducción de los datos. Los datos obtenidos fueron incluidos en una base de datos para su análisis, también de forma simultánea según se iban completando las entrevistas y encuestas. Llevada a cabo por el investigador principal y los investigadores asociados. Para esta tarea se diseñó un formulario de recogida de diferentes datos (**Tabla 12**).

- Fase de análisis de los resultados e interpretación de los mismos a partir de la recopilación, procesamiento y presentación gráfica de los datos (tabulación estadística). Llevada a cabo por el investigador principal y los investigadores asociados. Esta fase se realizó una vez finalizada la fase de obtención e introducción de los datos.

- Presentación de resultados y conclusiones. Llevada a cabo por el investigador principal y los investigadores asociados.

TABLA 12. Datos recogidos por paciente

1. Número de historia clínica
2. Nombre y apellidos
3. Dirección y teléfono
4. Participación en la encuesta
5. Fecha de encuesta
6. Menopausia (edad)
7. Paridad
8. Ocupación
9. Antecedentes familiares y personales
10. Peso y talla
11. Estreñimiento
12. Presencia de:
 - VH
 - Urgencia
 - Frecuencia
 - Nocturia
13. Presencia de IUE
14. Grado de IUE
15. Consultas previas con otros sanitarios
16. Tratamientos previos para incontinencia urinaria
17. Puntuación en los test validados de incontinencia: ICIQ-SF, Sandvik, OABq, King`s Health Questionnaire, PPU.
18. Test de Oxford.
19. Seguimiento y evolución posterior en consulta especializada

4.3.4 Método informático

Para la elaboración de la tesis se ha empleado un ordenador personal PC compatible con el sistema operativo Windows 7® (Microsoft Corporation, Redmond, Washington, Estados Unidos). El texto, tablas y figuras se han elaborado con los programas Power Point 2010® y Microsoft Word 2010®. Los datos obtenidos fueron introducidos en una base de datos de Microsoft Excel®. El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa SPSS 17.0 (IBM® SPSS Statistics).

4.3.5 Análisis estadístico

Como hemos señalado, para el análisis estadístico se utilizó el paquete estadístico SPSS 17.0 (IBM® SPSS Statistics) tras la introducción de los datos en el mismo. Se obtuvo, para las variables numéricas, medidas de tendencia central y dispersión (IC al 95% para una media y una proporción según la distribución binomial). Para el análisis de las variables cuantitativas se empleó la prueba t de Student para datos no apareados previa comprobación del ajuste de las variables a la normal. Para las variables que no se ajustaron a la normal se emplearon pruebas no paramétricas (test de Wilcoxon y de Mann-Whitney). Por último, para el análisis de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Chi-cuadrado con corrección de Yates, o el test exacto de Fisher si la primera no fue aplicable.

En las comparaciones entre grupos, cuando el valor de P era significativo, se ha calculado la razón de ventaja, u odds ratio (OR), como razón de los productos cruzados en una tabla de contingencia de 2x2, figurando en el numerador la población de interés y el intervalo de confianza al 95%, correspondiente . No se ha calculado el OR ni su intervalo de confianza en los sucesos que no alcanzaban la significación estadística.

Para el análisis de la calidad de vida en la paciente con vejiga hiperactiva se evaluó la media de la puntuación obtenida en cada una de las esferas que valora el test King's Health Questionnaire y de la puntuación de molestias del test OABq.

En las pacientes en las que se observó una gran afectación de la calidad de vida en uno o ambos test se realizó un subanálisis de los factores relacionados con dicha afectación severa.

4.3.6 Definiciones

En el presente estudio hemos empleado las siguientes definiciones de los distintos tipos de incontinencia, síntomas y síndromes, usando las definiciones de la ICS (66-67):

Incontinencia urinaria de esfuerzo: Se define como la percepción de escape de orina con el esfuerzo (tos, estornudo, etc.). Se produce cuando la presión intravesical supera la presión de cierre uretral.

Incontinencia urinaria mixta: Se define como la percepción de pérdidas involuntarias de orina asociadas tanto al esfuerzo como a la urgencia.

Síndrome de vejiga hiperactiva: urgencia, con o sin incontinencia, asociada a frecuencia y nicturia.

Urgencia miccional: cuando la paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso difícil de demorar.

Frecuencia diurna aumentada: cuando el paciente manifiesta que sus micciones son muy frecuentes durante el día.

Nicturia: cuando el individuo se queja de que precisa despertarse durante la noche una o más veces para orinar.

Incontinencia urinaria de urgencia: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de urgencia.

Incontinencia urinaria de urgencia de novo: puede definirse como aquella sensación de urgencia miccional, con o sin incontinencia, que surge en el primer año postcirugía y que la paciente no presentaba con anterioridad a la cirugía de la incontinencia.

RESULTADOS

5. RESULTADOS

En este apartado presentamos los resultados del estudio obtenidos según los objetivos planteados. Comenzaremos con los resultados de prevalencia de la vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria de urgencia, para continuar con la evaluación de las características basales de la población y de los factores de riesgo para la hiperactividad vesical y el análisis de otros síntomas urogenitales. Finalizaremos con la evaluación de la calidad de vida, uso de recursos sanitarios y el seguimiento longitudinal de estas pacientes en las consultas especializadas.

5.1 PREVALENCIA DE VEJIGA HIPERACTIVA (VH) E INCONTINENCIA URINARIA DE URGENCIA (IUU)

5.1.1 Prevalencia de vejiga hiperactiva (VH)

En este apartado mostramos la prevalencia media de Vejiga Hiperactiva (VH) en mujeres de la población general, de edad igual o superior a 50 años. La **Tabla 13** recoge el número total de mujeres que participan en el estudio y el porcentaje de ellas que están afectas de VH.

TABLA 13. Prevalencia global de vejiga hiperactiva

	N	%
No VH	577	80.59
VH	139	19.41

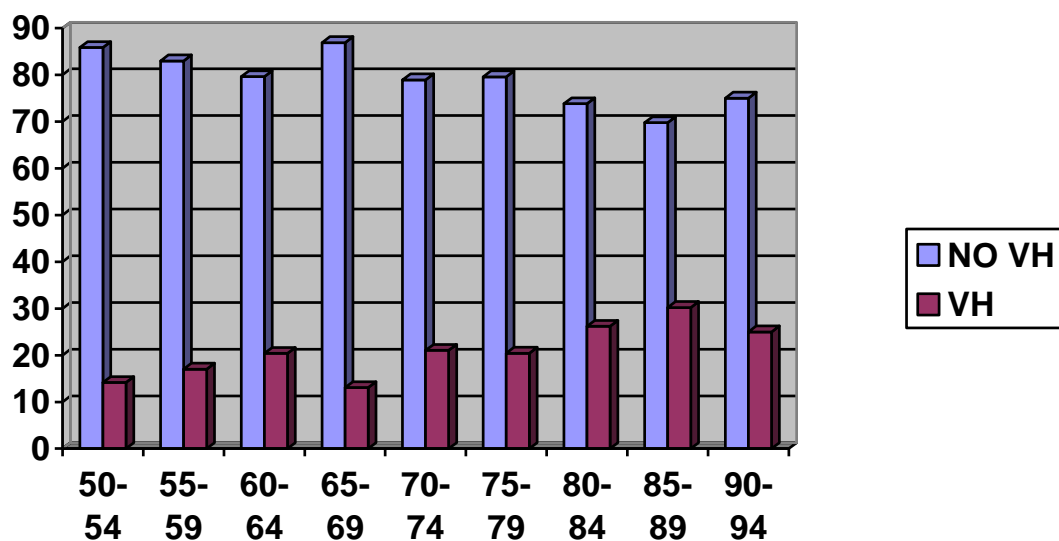
Como puede observarse, de las 716 participantes entrevistadas telefónicamente, 139 muestran clínica de VH (19.41 %, IC 95% 16.5-22.5).

Cuando estratificamos los resultados obtenidos por grupos edad de 5 en 5 años, observamos variaciones en las cifras de prevalencia de VH, como muestra la **Tabla 14**.

TABLA 14. Prevalencia de VH por grupos de edad										
VH	Edad (años)									
	[50-54]	[55-59]	[60-64]	[65-69]	[70-74]	[75-79]	[80-84]	[85-89]	[90-94]	Total
No VH (%)	91	78	82	93	45	78	62	30	18	577
	85.85	82.98	79.61	86.92	78.95	79.59	73.81	69.77	75.00	80.59
VH (%)	15	16	21	14	12	20	22	13	6	139
	14.15	17.02	20.39	13.08	21.05	20.41	26.19	30.23	25.00	19.41
IC 95% para la VH	8.1-	10.0-	13.0-	7.3-	11.3-	12.9-	17.1-	17.1-	9.7-	
	22.2	26.1	29.4	20.9	33.8	29.7	36.9	46.1	46.7	

El grupo de edad con mayor prevalencia de VH es el de mujeres entre 85 y 89 años, con un valor del 30.23 %, seguido del grupo de edad de 80-84 años (26.19%) y el de mayores de 90 años, que llega al 25 % de afectación por VH. Por tanto, la prevalencia obtenida es mayor para las mujeres a partir de los 70 años y, especialmente, de los 80 años. El resto de grupos correspondientes a mujeres más jóvenes presentan cifras menores de hiperactividad vesical, siendo el intervalo entre 65-69 años el que menor prevalencia de VH presenta (13.08 %). La **Figura 6** muestra el porcentaje de VH por grupos de edad.

Figura 6. Prevalencia de vejiga hiperactiva por grupos de edad



Hemos analizado también la prevalencia por rangos de edad correspondientes a las distintas décadas de la vida. Los resultados se muestran en la **Tabla 15**.

TABLA 15. Prevalencia de vejiga hiperactiva distribuida por décadas

	Edad (años)				
	50-59	60-69	70-79	80-89	≥90
N (total)	200	210	155	127	24
No VH (n, %)	169 (84.5)	175 (83.3)	123 (79.4)	92 (72.5)	18 (75)
VH (n, %)	31 (15.5)	35 (16.7)	32 (20.6)	35 (27.5)	6 (25)
IC 95% para la VH	10.7-21.2	11.8-22.1	14.5-27.8	20.0-36.1	9.7-46.7

Cuando analizamos los resultados obtenidos por décadas, encontramos que la prevalencia de VH aumenta de forma progresiva con la edad, principalmente a partir de la octava década de la vida (20.6 %), obteniéndose el valor más alto hacia la novena década (27.5 %). Sin embargo, en las mujeres más jóvenes la prevalencia es menor, siendo el grupo de edad de 50-59 años el que presenta menor prevalencia de VH (15.5 %). Observamos cómo, al agrupar la edad por décadas, el grupo de 60-69 años sí presenta mayor prevalencia que las mujeres más jóvenes, lo que no ocurría al desglosar la edad por quinquenios. La probabilidad de que una mujer de 80 o más años presente VH es más del doble de la de una mujer de 50-59 años (OR 2.07, IC95%; 1.20-3.58), $p=0.08$ para la diferencia de proporciones.

5.1. 2 Prevalencia de incontinencia urinaria de urgencia (IUU)

No todas las pacientes con hiperactividad vesical presentan necesariamente IUU. En el estudio que hemos realizado, de 139 participantes con VH, 82 presentan además clínica de IUU (58.9 %), lo que supone que la prevalencia de IUU total en la población estudiada es del 11.45 % (IC95% 9.2-14.0). Estos datos aparecen recogidos en la **Tabla 16**.

TABLA 16. Prevalencia global de incontinencia urinaria de urgencia

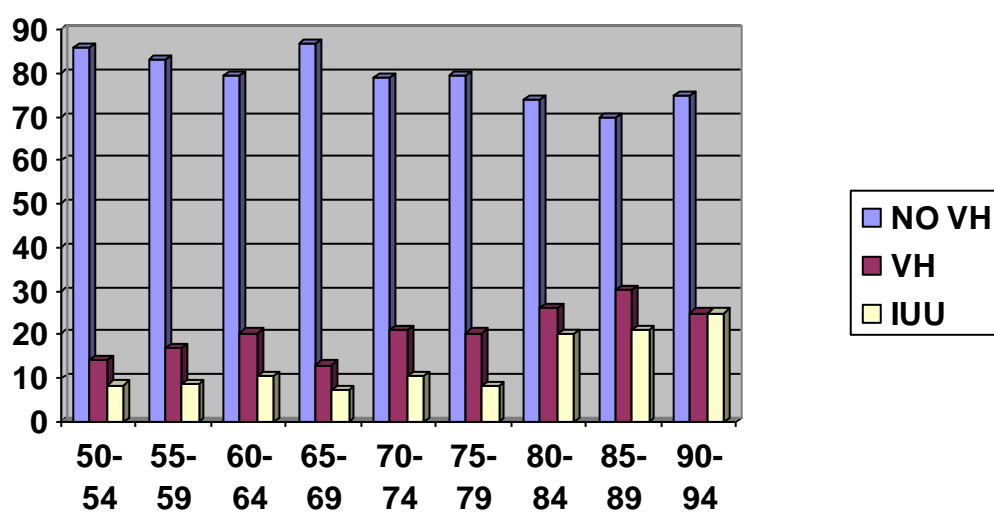
	N	%
No IUU	634	88.55
IUU	82	11.45

Al igual que para la VH, hemos analizado las cifras de prevalencia de IUU por grupos de edad. Los resultados obtenidos aparecen en la **Tabla 17**.

TABLA 17. Prevalencia de IUU por grupos de edad										
IUU	Edad (años)									
	[50-54]	[55-59]	[60-64]	[65-69]	[70-74]	[75-79]	[80-84]	[85-89]	[90-94]	Total
No IUU	97	86	92	99	51	90	67	34	18	634
(%)	91.51	91.49	89.32	92.52	89.47	91.84	79.76	79.07	75.00	88.55
IUU	9	8	11	8	6	8	17	9	6	82
(%)	8.49	8.51	10.68	7.48	10.53	8.16	20.24	20.93	25.00	11.45
IC 95% para la IUU	3.9- 15.5	3.7- 16.8	5.4- 18.3	3.2- 14.2	3.9- 21.5	3.5- 15.4	12.2- 30.4	10.0- 36.0	9.7- 46.7	

Observamos que la prevalencia de IUU es mayor en el grupo de edad entre 90-94 años, donde la IUU afecta al 25 % de las mujeres. Como sucede con la VH, los grupos de afectación por IUU son los de edad más avanzada, principalmente a partir de los 80 años. La afectación es menor en mujeres más jóvenes, siendo nuevamente el grupo de edad entre 65-69 años el de menor prevalencia de IUU observada (7.48%). La **Figura 7** muestra el porcentaje de VH y de IUU por grupos de edad.

Figura 7. Prevalencia de VH e IUU por grupos de edad



De forma similar al apartado anterior, analizamos también la prevalencia de IUU según la década de la vida de la mujer. En este caso los resultados se muestran en la **Tabla 18**.

TABLA 18. Prevalencia de IUU distribuida por décadas

	Edad (años)				
	50-59	60-69	70-79	80-89	≥90
N	200	210	155	127	24
No IUU (n, %)	183 (91.5 %)	191 (91 %)	141 (91 %)	101 (79.5 %)	18 (75 %)
IUU (n, %)	17 (8.5 %)	19 (9 %)	14 (9 %)	26 (20.5 %)	6 (25 %)
IC 95% para la IUU	5.0-13.2	5.5-13.7	5.0-14.6	13.8-28.5	9.7-46.7

Como puede observarse, hay una tendencia creciente con la edad a presentar VH, pero no a la asociación de la misma con presencia de IUU. Los resultados obtenidos para IUU muestran cómo la prevalencia de la misma se mantiene prácticamente estable hasta alcanzar los 80 años de edad, donde aumenta de forma importante. Nuevamente, la probabilidad de que una paciente de 80 o más años padezca IUU es mucho mayor que la de mujeres más jóvenes (OR 2.77; IC95% 1.43-5.35), $p < 0.001$ para la diferencia de proporciones.

5.2 VEJIGA HIPERACTIVA Y FACTORES ASOCIADOS

5.2.1 Vejiga hiperactiva y obesidad

Hemos analizado la obesidad como posible factor asociado a la presencia de vejiga hiperactiva. Para ello, hemos calculado el Índice de Masa Corporal (IMC) de las pacientes que presentan clínica urinaria (VH u otras patologías) y que han acudido a la entrevista presencial en la consulta de ginecología ($n=43$).

Establecido el concepto de obesidad como un $IMC \geq 30$, hemos clasificado a las participantes del estudio en obesas y no obesas y, se ha comparado con la presencia o no de vejiga hiperactiva en las mismas. Los resultados obtenidos aparecen recogidos en la **Tabla 19**.

TABLA 19. Asociación entre vejiga hiperactiva y obesidad

	IMC <30 (n=32)	IMC \geq 30 (n=11)
NO VH (n=13)	13 (40.6 %)	0 (0 %)
VH (n=30)	19 (59.4 %)	11 (100 %)

Al analizar estos resultados en conjunto, observamos que 11 de las 43 pacientes (25.5 %) que acudieron a la evaluación presencial de los síntomas urinarios son obesas. Cuando analizamos el grupo que no presenta obesidad,

encontramos que el 59.4 % tiene clínica de VH y un 40.6% clínica urinaria compatible con otros trastornos, mientras que, en el caso de las obesas, el 100 % de ellas presentaba clínica compatible con VH ($p=0.01$). Por ello, podríamos considerar la obesidad como factor asociado a la presencia de VH en la población femenina postmenopáusica.

5.2.2 Vejiga hiperactiva y antecedentes obstétricos

Al igual que para la obesidad, hemos analizado la relación existente entre la presencia de VH y los antecedentes obstétricos de las participantes en el estudio, tales como el número de partos, la macrosomía fetal, el parto instrumental o la combinación de varios de ellos.

En este caso se han tenido en cuenta los antecedentes obstétricos del número total de sujetos participantes en el estudio ($n=716$), presenten o no clínica urinaria, es decir, para todas las mujeres que realizaron la encuesta telefónica. De este modo, cuando analizamos los datos de paridad para las mujeres afectas de VH (con o sin IUU), observamos que el 49.64% de ellas no presenta antecedentes obstétricos de interés, un 39.57% ha tenido tres o más partos vaginales, el 5.04% presenta antecedentes de algún hijo nacido con peso ≥ 4000 g o de parto instrumental y un 5.76% presenta dos o más de los antecedentes descritos. La **Figura 8** muestra la distribución de los antecedentes obstétricos en la VH.

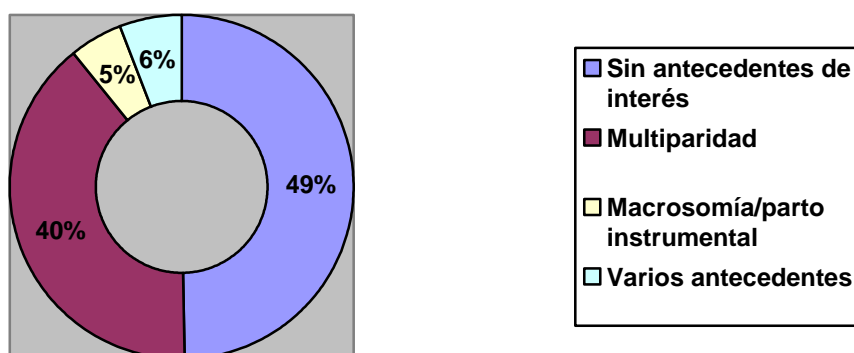


Figura 8. Antecedentes obstétricos de interés en la VH

Para la IUE, encontramos que el 50% de las mujeres que presentan clínica de incontinencia de esfuerzo no tienen antecedentes obstétricos de interés; un 44.16% ha tenido tres o más partos vaginales, el 1.95% presenta antecedentes de recién nacido macrosómico o de parto instrumental y el 3.9% tiene dos o más de los anteriores. Estos datos aparecen de forma gráfica en la **Figura 9**.

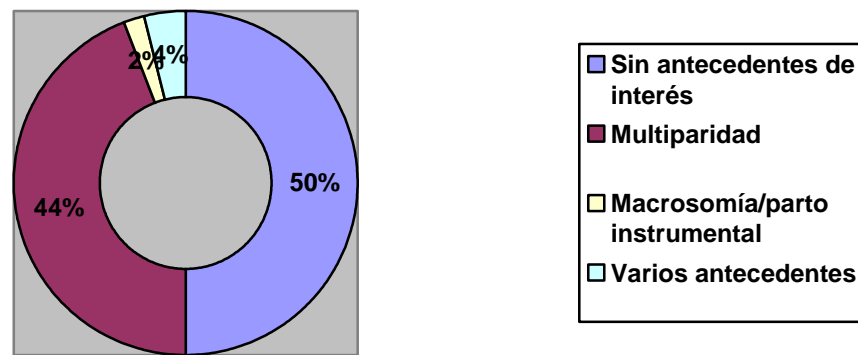


Figura 9. Antecedentes obstétricos de interés en la IUE

Cuando analizamos los datos obtenidos en mujeres que no tienen VH ni IUE, observamos que de 490 sujetos sin patología urinaria, el 63.27 % no presenta antecedentes obstétricos de interés, un 29.39 % tiene tres o más partos vaginales, el 3.67 % tiene algún hijo nacido con peso superior a los 4000 g o parto instrumental y un 3.67 % presenta dos o más de los antecedentes descritos. La **Figura 10** recoge la distribución de los antecedentes obstétricos en población sana.

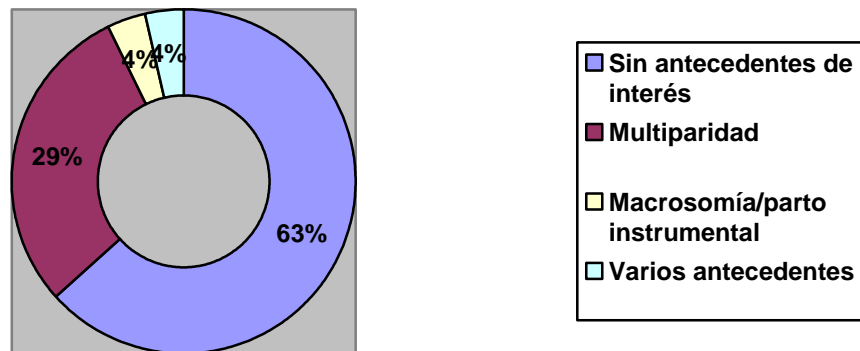


Figura 10. Antecedentes obstétricos de interés en la población sana

Al comparar los resultados obtenidos para los diferentes grupos, observamos que en población sana es mayor la proporción de mujeres sin antecedentes obstétricos de interés en comparación con el grupo de mujeres con VH o con IUE: un 63.27 % frente a un 49.64 % y un 50 % respectivamente.

En el análisis estadístico vemos que, para la población sana, la OR para no presentar antecedentes de interés es estadísticamente significativa, tanto para la comparación con la VH (OR 0.57, IC95% 0.39-0.83, $p=0.03$), como para la comparación con la IUE (OR 0.58, IC95% 0.40-0.86, $p=0.03$). No existen diferencias en la comparación entre pacientes con VH e IUE.

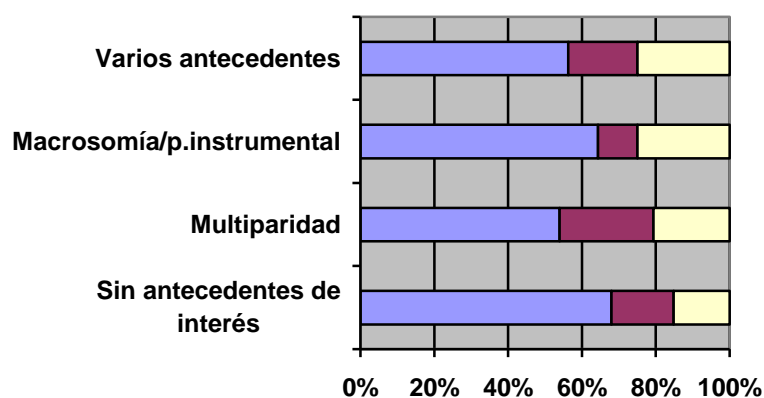
La **Tabla 20** y la **Figura 11** muestran la distribución de la patología en relación con los antecedentes obstétricos.

TABLA 20. Antecedentes obstétricos y patología asociada

	No antecedentes obstétricos de interés	3 o más partos vaginales	Recién nacido macrosómico y/o parto instrumental	Dos o más antecedentes obstétricos de interés
N	426	234	26	30
VH (n=139)	69 (49.6)	55 (39.5)	7 (5.03)	8 (5.75)
IUE (n=154)	77 (50)	68 (44.15)	3 (1.94)	6 (3.89)
No VH ni IUE (n=490)	310 (63.2)	144 (29.3)	18 (3.67)	18 (3.67)

En la **Figura 11** mostramos la distribución de la patología según los antecedentes obstétricos.

Figura 11. Antecedentes obstétricos en población sana y con patología asociada



Como podemos observar en la figura anterior, las mayores diferencias se encuentran en la proporción de pacientes con 3 o más partos vaginales que presentan IUE o VH y en el número de mujeres que, presentando dos o más antecedentes obstétricos de interés, presentan VH. Así el OR para IUE en mujeres con 3 o más partos vaginales es 2.22 (IC95% 1.51-3.26) ($p<0.001$) respecto a las pacientes sin patología; mientras que, en la misma población, el OR para VH es 1.84 (IC95% 1.22-2.75). El hecho de presentar dos o más antecedentes obstétricos de interés supone un aumento de prevalencia de VH, pero las diferencias no son significativas con el grupo de mujeres sin patología ($p=0.27$) o con IUE aislada; así como el antecedente de feto macrosómico o de parto instrumental.

5.2.3 Vejiga hiperactiva y menopausia

Con el objetivo de determinar la posible relación existente entre la incontinencia urinaria y la menopausia, hemos analizado la edad de inicio de la menopausia en todas las mujeres participantes en el estudio que han presentado VH o IU.

Los resultados obtenidos aparecen recogidos en la **Tabla 21** y en la **Figura 12**

TABLA 21. Edad media de la menopausia en los distintos grupos

	VH total	VH sin IUU	VH con IUU	IUE	No VH ni IUE
N	139 (19.4 %)	57 (7.9 %)	82 (11.45 %)	154 (21.5 %)	490 (71.6 %)
Edad media menopausia	47.49 ± 8.49	49.08 ± 5.17	47.67 ± 6.87	48.21 ± 7.31	48.37 ± 7.07

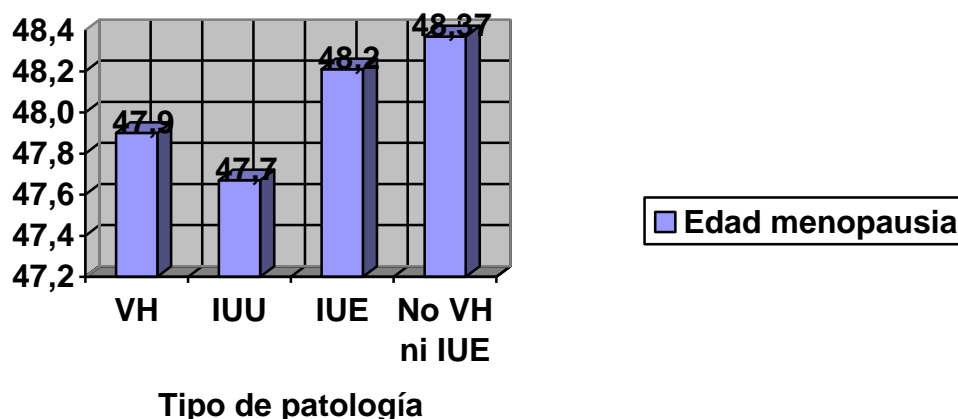
De las 716 mujeres incluidas en el estudio, 139 (19.41 %) presentan clínica de VH. La edad media de inicio de la menopausia para este grupo ha sido de 47.49 ± 8.49 años. En las participantes que no presentan clínica de VH, la edad media de la menopausia es de 48.45 ± 6.82 años, encontrando que las diferencias no son significativas ($p=0.21$).

En cuanto a la IUU, un 11.45% de las mujeres incluidas en el estudio presenta clínica de IUU, siendo la edad media de inicio de la menopausia para este grupo de 47.67 ± 6.87 años, frente a 48.34 ± 7.23 años en mujeres sin IUU. ($p=0.19$).

También hemos analizado la edad media de la menopausia en el grupo de participantes que presenta clínica de IUE y que suponen un 21.51% del total. Para dicho grupo, la edad media obtenida es de 48.21 ± 7.31 años, con respecto a 48.27 ± 7.16 años para las mujeres que no presentan IUE ($p=0.43$).

Si además comparamos la edad media de inicio de la menopausia entre las diferentes patologías y con las participantes que no presentan VH ni IUE, obtenemos que la edad media de comienzo de la menopausia es menor en el grupo que presenta hiperactividad vesical, principalmente en el que lleva asociada IUU (47.67 ± 6.87 años), mientras que es superior en el grupo de mujeres que no presenta ni VH ni IUE (48.37 ± 7.07 años), si bien las diferencias tampoco son significativas, ($p = 0.40$).

Figura 12. Edad media de la menopausia



5.2.4 Vejiga hiperactiva. Relación entre severidad clínica y menopausia.

Basándonos en los resultados presentes en la literatura (28,29) que hacen referencia a la relación existente entre la severidad de la IU y la edad de inicio de la menopausia, hemos analizado en primer lugar la severidad de los síntomas en las mujeres de la población a estudio que presentan clínica de VH y/o IU y, en segundo lugar, hemos comparado estos resultados con la edad media de inicio de la menopausia.

De las 716 participantes encuestadas, 201 (28.1%) presentan clínica de VH y/o IU. Se ha realizado el test de severidad de Sandvik (60) a todas las mujeres que han manifestado patología urinaria en la encuesta telefónica, es decir, 201 casos y, el test sobre incontinencia urinaria versión corta ICIQ-SF (30) a las mujeres que han acudido a la entrevista presencial (43 casos). Con ambos test hemos evaluado la severidad de los síntomas urinarios en la población de estudio. Los datos obtenidos están recogidos en la **Tabla 22 y 23**.

TABLA 22. Puntuación del test ICIQ-SF

ICIQ-SF	N	Puntuación media
<11	14 (32.5%)	5.7 ± 2.7
≥11	29 (67.5%)	14.1 ± 2.3

Para el test ICIQ-SF, como muestra la **Tabla 22**, hemos obtenido que el 67.5% de las participantes que completan el test presentan IU severa (puntuación de ICIQ-SF ≥ 11), frente al 32.6% restante que presenta IU de grado leve (ICIQ-SF <11). La puntuación media obtenida para dicho test en el primer grupo ha sido de 14.1 ± 2.3 DS. Para el segundo grupo la puntuación media es de 5.7 ± 2.7 DS.

Hemos evaluado el grado de severidad clínica mediante la puntuación del test ICIQ-SF en relación con la edad de comienzo de la menopausia, tanto para VH como para IUE. Los resultados obtenidos de dicho análisis se recogen en la **Tabla 23**.

TABLA 23. Puntuación del test ICIQ-SF y edad media de la menopausia

N=43	ICIQ-SF<11 (n, %)	ICIQ-SF≥11 (n, %)	Edad menopausia ICIQ-SF<11	Edad menopausia ICIQ-SF≥11
VH (n, % del total de encuestas presenciales)	4 (9.3 %)	22 (51.2 %)	47.75 ± 4.7	49.4 ± 4.12
IUE (n, % del total de encuestas presenciales)	5 (11.6 %)	19 (44.1 %)	46.20 ± 4.92	46.89 ± 12.23

Hemos obtenido que el 20.8 % de las pacientes con IUE que acuden a consulta presentan clínica leve, mientras que el 79.2 % presentan IUE severa. En el caso de la IUE leve la edad media de inicio de la menopausia es 46.20 ± 4.92 DS, mientras que el valor obtenido para la IUE severa es de 46.89 ± 12.23 años, sin que las diferencias sean significativas ($p=0.47$).

En el caso de las mujeres con hiperactividad vesical que acuden a consulta, obtenemos que el 15.4 % de ellas presenta clínica leve (puntuación de ICIQ-SF < 11), frente al 84.6 % que obtienen una puntuación ≥ 11 . La edad media de la menopausia en el primer grupo es de 47.75 ± 4.7 años y, en el segundo, de 49.4 ± 4.12 , de nuevo las diferencias no son significativas ($p=0.33$).

El segundo test de severidad validado que hemos empleado en el estudio es el Test de Sandvik (60). Como hemos señalado previamente, dicho test se ha aplicado a todas las pacientes diagnosticadas de VH y/o IU ($n=201$), clasificando la clínica urinaria en severa (T.Sandvik ≥ 8) y no severa (T. Sandvik < 8). Los resultados obtenidos aparecen en las **Tablas 24 y 25**.

TABLA 24. Puntuación del test de Sandvik

T. Sandvik	N=201	Edad menopausia
< 8	186 (92.54 %)	47.9 ± 7.7
≥ 8	15 (7.46 %)	48.3 ± 4.6

Como podemos observar, sólo el 7.46 % de las pacientes diagnosticadas de patología urinaria presenta síntomas severos, mientras que el 92.54 % restante refiere clínica leve-moderada.

Los datos obtenidos al analizar por separado las puntuaciones del test de Sandvik para la VH y la IUE, aparecen en la **Tabla 25**:

TABLA 25. Puntuación del test de Sandvik y edad media de la menopausia

N=201	T.Sandvik <8 (n, %)	T.Sandvik ≥8 (n, %)	Edad menopausia T.Sandvik <8	Edad menopausia T.Sandvik ≥8
VH (n, % VH)	110 (79.1 %)	12 (8.6 %)	47.41 ± 8.04	48 ± 4.69
IUE (n, % IUE)	127 (82.5 %)	13 (8.4 %)	47.98 ± 7.71	48.46 ± 4.89

La tabla anterior muestra que el 79.1 % de las mujeres diagnosticadas de VH presenta clínica leve-moderada según el test de severidad de Sandvik, en comparación con el 8.6 % que presenta clínica severa (el 12.2 % restante de pacientes con VH no han sido incluidas puesto que desconocían la edad de inicio de la menopausia). La edad media de la menopausia en el primer caso es de 47.41 ± 8.04 años, frente a 48 ± 4.69 en el segundo ($p=0.65$). Para la IUE, obtenemos que el 82.5 % de las mujeres con IUE presenta clínica leve-moderada y un 8.4 % tiene clínica severa (al igual que para VH, hay un 9.1% de mujeres con IUE que se excluye por desconocer la edad de la menopausia). La edad media de la menopausia en el primer grupo es de 47.98 ± 7.71 años y, en el segundo, 48.46 ± 4.89 años ($p=0.67$). Como puede observarse, la edad media de inicio de la menopausia es superior en los casos de afectación severa para ambas patologías, si bien los resultados no son significativos.

5.3. OTRAS PATOLOGÍAS UROGENITALES. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO E INCONTINENCIA URINARIA MIXTA

5.3.1 Prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

En el presente trabajo, como parte de los objetivos secundarios, hemos analizado la presencia de IUE en la población estudiada. La **Tabla 26** recoge la prevalencia de IUE en nuestra población.

TABLA 26. Prevalencia global de IUE

	N	%
No IUE	562	78.49
IUE	154	21.51

Como podemos observar en la tabla anterior, 154 de las participantes estudiadas presentan IUE (21.51 %, IC95% 18.5-24.7).

Cuando estratificamos los resultados obtenidos por grupos de edad de 5 en 5 años, encontramos que la prevalencia de IUE es mayor en el grupo de edad entre 85-89 años (27.9 %), seguido del grupo de 60-64 años (25.24 %). Estos datos aparecen recogidos en la **Tabla 27**.

TABLA 27. Prevalencia de IUE por grupos de edad										
IUE	Edad (años)									
	[50-54]	[55-59]	[60-64]	[65-69]	[70-74]	[75-79]	[80-84]	[85-89]	[90-94]	Total
NO IUE	82	72	77	86	46	77	71	31	20	562
%	77.36	76.60	74.76	80.37	80.70	78.57	84.52	72.09	83.33	78.49
IUE	24	22	26	21	11	21	13	12	4	154
%	22.64	23.40	25.24	19.63	19.30	21.43	15.48	27.91	16.67	21.51
IC 95% para la IUE	15.0-31.7	15.2-33.2	17.2-34.7	12.5-28.4	10.0-31.9	13.7-30.8	8.5-25.0	15.3-43.6	4.7-37.3	

De forma similar al análisis de la prevalencia de VH e IUU, mostramos los resultados obtenidos para la IUE en las distintas décadas de la vida (**Tabla 28**).

TABLA 28. Prevalencia de IUE distribuida por décadas

	Edad (años)				
	50-59	60-69	70-79	80-89	≥90
N	200	210	155	127	24
No IUE (n, %)	154 (77)	163 (77.6)	123 (79.4)	102 (80.3)	20 (83.3)
IUE (n, %)	46 (23)	47 (22.4)	32 (20.6)	25 (19.7)	4 (16.7)
IC 95% para la IUE	17.3-29.4	16.9-28.6	14.5-27.8	13.1-27.6	4.7-37.3

En la tabla anterior podemos observar que las cifras de mayor prevalencia para la IUE se obtienen en los grupos de edades más jóvenes, si bien, al contrario de lo que ocurría con la VH e IUU, las diferencias entre grupos no son significativas ($p=0.47$).

Por último y, como resumen de los resultados de las distintas prevalencias, en la **Figura 13** aparece la distribución de VH, IUU e IUE por grupos de edad.

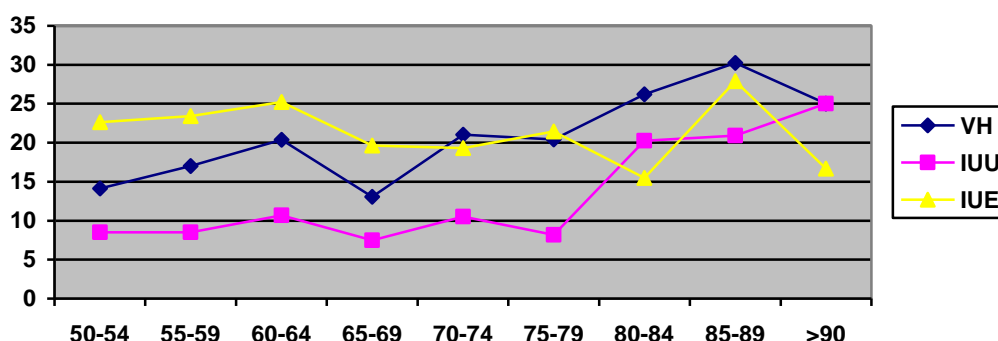


Figura 13. Prevalencia de las distintas patologías por grupos de edad

Cuando comparamos los resultados obtenidos para VH, IUU e IUE por grupos de edad, observamos que la prevalencia de VH y de IUU va en aumento a medida que avanza la edad. Sin embargo, en el caso de la IUE la prevalencia es ligeramente mayor en los grupos de edades más jóvenes, aunque las diferencias en este caso no son significativas, como hemos señalado previamente.

5.3.2 Prevalencia de incontinencia urinaria mixta (IUM)

Además de los resultados de prevalencia aislados para cada una de las diferentes patologías urinarias, hemos analizado la prevalencia de VH asociada con IUE y la prevalencia de IUM en la población de estudio.

En el primer caso, hemos obtenido que de las 139 participantes afectas de VH (con o sin IUU), 72 (51.2 %) presentan VH aislada y 67 (48.8 %) presentan además IUE. A su vez, de las 67 mujeres con VH e IUE, 45 tienen IUM (IUU+IUE), lo que supone un 32.4 % del total de pacientes con VH (n=139) y un 6.28 % de la población estudiada (n=716).

En la **Figura 14** observamos la distribución de las pacientes con VH según presenten: VH sin IUE, VH (sin IUU) asociada a IUE o IUM.

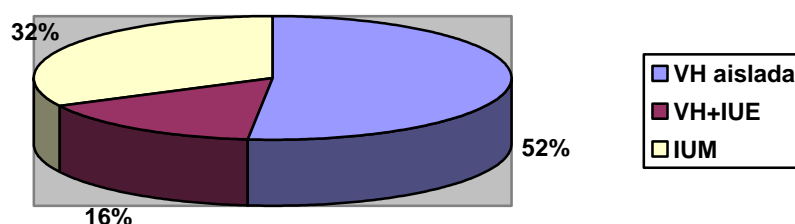


Figura 14. Distribución de VH aislada y asociada a IUE

5.4 VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA

Como hemos señalado en apartados anteriores, la patología urinaria puede ocasionar un importante deterioro de la calidad de vida. Con el objetivo de estudiar el impacto de la incontinencia urinaria en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), hemos realizado dos test validados sobre calidad de vida a las mujeres con síntomas urinarios que han acudido a la consulta de ginecología (n=43). Uno de ellos es el ya mencionado King's Health Questionnaire (31) y, el otro, el cuestionario sobre vejiga hiperactiva- versión corta (OABq-SF) (59).

Con el test OABq-SF hemos analizado el grado de molestia que generan los síntomas urinarios en las pacientes. Aunque es un cuestionario sobre vejiga hiperactiva, se ha realizado a todas las mujeres con síntomas urinarios, incluida la IUE. Los resultados obtenidos para las distintas patologías por grupos de edad se recogen en la **Tabla 29**.

TABLA 29. Resultados del cuestionario OABq-SF

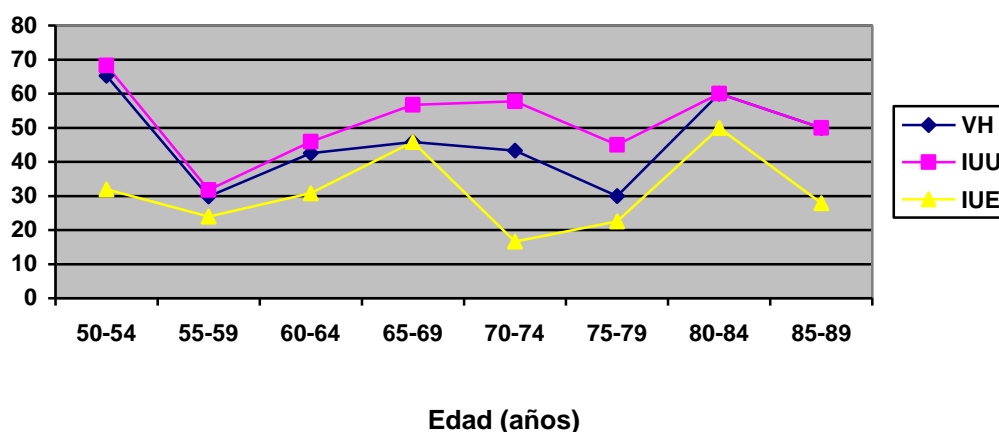
Edad (años)								
OABq-SF (%)	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89
VH	65.3	29.9	42.5	45.8	43.3	30	60	50
IUU	68.3	31.7	45.9	56.7	57.7	45	60	50
IUE	31.9	23.9	30.8	45.8	16.6	22.5	50	.

La tabla anterior nos muestra el porcentaje de afectación obtenido en el test OABq-Sf para cada patología y distribuido por grupos de edad. Podemos observar que la IUU es la que ocasiona mayor nivel de molestias en las mujeres estudiadas, seguida de la VH y, por último, la IUE. Estas diferencias entre patologías se mantienen para todos los grupos de edad. Además, encontramos que para la VH y la IUU el porcentaje de afectación referido es superior en el grupo de edad más joven, pese a que la prevalencia obtenida para ambas patologías es menor en este grupo de edad.

La **Figura 15** muestra las molestias generadas por la patología urinaria según los resultados del cuestionario OABq-Sf.

Figura 15. Distribución de la puntuación del test OABq-Sf por grupos de edad y para las diferentes patologías

% molestias



En el caso del King's Health Questionnaire, la evaluación de la calidad de vida relacionada con los problemas urinarios viene determinada por la afectación de 9 dominios, que representan 9 ámbitos distintos de la vida del sujeto:

Dominio 1: Percepción del estado de salud

Dominio 2: Afectación por los problemas urinarios

Dominio 3: Emociones

Dominio 4: Sueño/Vitalidad

Dominio 5: Impacto de la incontinencia urinaria

Dominio 6: Limitaciones en las actividades de la vida diaria

Dominio 7: Limitaciones físicas

Dominio 8: Limitaciones sociales

Dominio 9: Relaciones personales

En la **Tabla 30** recogemos el porcentaje medio de afectación para cada dominio que presentan las distintas patologías.

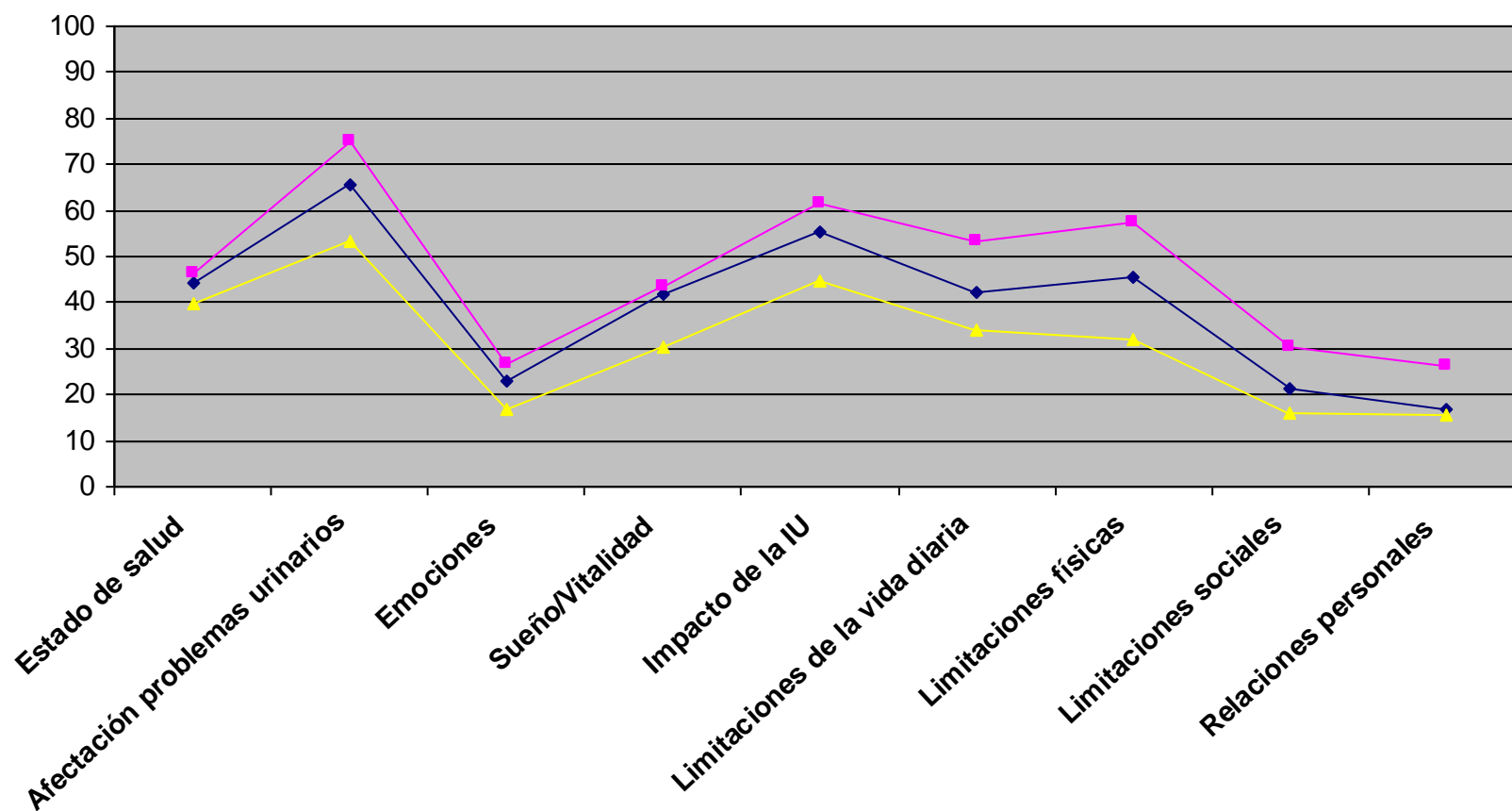
TABLA 30. Puntuaciones medias para cada dominio del King`s Health Questionnaire en las diferentes patologías

King`s Health Questionnaire									
	Dominio 1	Dominio 2	Dominio 3	Dominio 4	Dominio 5	Dominio 6	Dominio 7	Dominio 8	Dominio 9
VH	44.2	65.5	22.9	41.6	55.25	42.2	45.5	21.3	16.6
IUU	46.3	74.9	26.7	43.3	61.6	53.3	57.5	30.3	26.3
IUE	39.9	53.1	16.8	30.2	44.8	34.2	31.9	16.1	15.5

Como puede observarse en la tabla anterior, la IUU es la que produce más afectación en todos los dominios del test y, por tanto, la que mayor impacto ocasiona en la CRVS, seguida de la VH y, por último, la IUE. A su vez, los dominios que más puntúan son el 2 (afectación de la salud por los problemas urinarios) y el 5 (el impacto de la incontinencia urinaria), resultados comunes en las tres patologías.

La **Figura 16** muestra la distribución de la puntuación del King`s Health Questionnaire en IUU, IUE y VH.

Figura 16. King's Health Questionnaire



Además, en la figura anterior podemos ver que los dominios que menor puntuación obtienen para las tres patologías estudiadas son el 8 y el 9, correspondientes a las relaciones sociales y personales.

Con todo ello, los resultados obtenidos muestran que la IUU es la patología que produce mayor afectación en la calidad de vida de las pacientes, seguida de la hiperactividad vesical y, en último lugar, la IUE y, dicha afectación es más evidente en los dominios 2, 5 y 7, correspondientes a la afectación del estado de salud por problemas urinarios, el impacto de la IU y las limitaciones físicas.

5.5 UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

En otra ocasión hemos comentado que, tanto la incontinencia urinaria como la VH aislada, son entidades infradiagnosticadas e infratratadas. Esto es debido, en parte, a la baja demanda de ayuda sanitaria por parte de los pacientes afectados y, por otro lado, al desconocimiento de recursos sanitarios disponibles por parte los profesionales de la salud.

Con el objetivo de estudiar este aspecto, hemos analizado la demanda de ayuda y el uso de recursos sanitarios generados por la patología urinaria en la población de estudio. Los datos obtenidos los recogemos en la **Tabla 31**.

TABLA 31. Uso de recursos sanitarios en mujeres con patología urinaria

Patología	N	Mujeres que habían consultado previamente (n, %)	Mujeres con tratamiento previo respecto al total de pacientes (n, %)	Mujeres con tratamiento previo respecto al total de pacientes que habían consultado (%)
VH	139	48 (34.5 %)	32 (23.02 %)	66.6
IUU	82	32 (39.02 %)	19 (23.2 %)	59.3
IUE	154	46 (29.9 %)	29 (18.8 %)	63.0

Como podemos observar en la tabla anterior, de las 139 mujeres diagnosticadas de VH, solamente el 34.5% había consultado previamente con algún profesional sanitario y un 23.02% del total había recibido algún tipo de tratamiento. Para la IUU, los resultados encontrados son similares, con un porcentaje de consulta previa del 39.02 % y un 23.2 % en cuanto a tratamiento recibido. En el caso de la IUE, los valores obtenidos son aún menores, de forma que de 154 mujeres afectas de IUE, sólo el 29.9 % ha solicitado previamente ayuda y el 18.8 % ha recibido tratamiento. Sin embargo, curiosamente, el porcentaje de mujeres que, habiendo consultado, recibieron tratamiento es superior tanto en la IUE como en la VH sin IUE respecto a la IUU.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la baja demanda de ayuda sanitaria por parte de las pacientes con problemas urinarios, incluso en el caso de la IUU (39.02 %).

Estos hallazgos pueden observarse también al analizar el número de pacientes diagnosticadas de patología urinaria en el presente estudio y que no desean recibir asistencia sanitaria posterior en consulta. De este modo, hemos encontrado que de 139 participantes diagnosticadas de VH, sólo 30 han accedido a la valoración presencial en consulta (21.6 %). Lo mismo sucede para la IUE, con tan sólo un 15.6 % de pacientes que desean consultar su problema.

Por último, en las pacientes que habían consultado previamente con algún especialista por síntomas urinarios, hemos analizado el tipo de especialista del que se trataba. Estos datos se recogen en la **Tabla 32**.

TABLA 32. Profesional sanitario al que consultaron las pacientes con patología urinaria

Patología	N que consulta	Médico atención primaria	Ginecólogo	Urólogo	Otros
VH	48	35 (72.9 %)	6 (12.5 %)	4 (8.3 %)	3 (6.3 %)
IUU	32	22 (68.8 %)	4 (12.5 %)	5 (15.6 %)	1 (3.1 %)
IUE	46	25 (54.3 %)	10 (21.7 %)	6 (13 %)	5 (10.9 %)

Tal y como muestra la tabla anterior, la mayoría de las mujeres con síntomas urinarios que han solicitado ayuda, lo han hecho a través del médico de atención primaria. Así, en el caso de la VH, el 72.9 % ha consultado con su médico de familia. En el caso de la IUU y de la IUE el 68.8 y el 54.3 % han consultado con el médico de atención primaria respectivamente.

5.6 SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES EN CONSULTA

En este apartado analizamos el seguimiento posterior en consultas de ginecología de las participantes en el estudio que, una vez diagnosticadas de patología urinaria en la entrevista telefónica, acudieron a la entrevista presencial (n=43).

Del total de pacientes estudiadas que presentaron patología urinaria (n=43), el 44.2 % tenía VH (con o sin IUU), el 30.2 % IUE y un 25.6 % VH asociada a IUE. Los datos que acabamos de mencionar aparecen recogidos en la **Tabla 33**:

TABLA 33. Seguimiento, tratamiento y evolución de las pacientes tratadas en la consulta

Patología (n pacientes con entrevista presencial/n total	N (% del total de pacientes con entrevista presencial) (% del total de pacientes con la patología en cuestión)	Precisa seguimiento (% sobre las pacientes seguidas en cada patología)	Reciben tratamiento médico o quirúrgico (% del total de pacientes con seguimiento en cada patología)	Mejoría clínica (%sobre el total de pacientes tratadas)
VH (19/94)	(44.2)(13.6)	17 (89.3)	15 (88.3)	13 (86.6)
IUE (13/109)	(30.2) (11.9)	9 (69.2)	9 (100)	8 (88.8)
VH+IUE (n=11/45)	11 (25.6)(24.4)	10 (90.9)	10 (100)	8 (80)

Hemos analizado si el hecho de presentar una patología concreta hace que sea más probable que la paciente acuda a consulta. Observamos cómo el porcentaje de mujeres con IUM que aceptaron el seguimiento en consulta es mayor respecto a

los otros dos casos, si bien no es significativo ($p=0.051$), aunque casi alcanza la significación. También es más probable que estas pacientes precisen seguimiento posterior (90.9 vs 89.3 y 69.2%).

De forma muy breve, hemos valorado también la asociación de VH y de IUE con otras patologías urinarias o del suelo pélvico, tales como prolapso de órganos pélvicos o infecciones urinarias, en las pacientes que acuden a la valoración en consulta ($n=43$). Estos resultados aparecen recogidos en la **Tabla 34**.

TABLA 34. Otras patologías asociadas a VH e IUE

Patología	N	POP * (n, % del total de VH o IUE que acude a consulta)	ITU* (n, % del total de VH o de IUE que acude a consulta)
VH	30	4 (13.3 %)	5 (16.6 %)
IUE	24	7 (29.2 %)	2 (8.3 %)

*POP: Prolapso de Órganos Pélvicos

*ITU: Infección del Tracto Urinario

En el caso de la VH, un 13.3 % de las mujeres que acuden a consulta presentan también prolapso de órganos pélvicos. Para la IUE, este valor es del 29.2%. En el caso de las infecciones urinarias de repetición, el 16.6 % de los casos de VH que acuden a consulta tienen ITU de repetición asociada. En la IUE, el porcentaje observado es menor (8.3 %).

Analizando las distintas patologías, en el caso de la VH (con o sin IUU), de los 19 casos diagnosticados, 17 precisaron seguimiento posterior en consulta. Los dos casos restantes presentaban clínica muy ocasional, por lo que no se consideró necesario un seguimiento periódico en consulta salvo empeoramiento clínico. De las 17 pacientes con VH, 15 recibieron tratamiento médico para la hiperactividad vesical y dos de ellas fueron tratadas solamente con medidas de reeducación vesical. Observamos mejoría clínica en 13 de ellas, mientras que el resto no respondió al tratamiento médico o no continuó el tratamiento propuesto.

Para la IUE aislada, de las 13 pacientes diagnosticadas, 4 no precisaron seguimiento periódico en consulta de suelo pélvico, puesto que la clínica que presentaban era muy ocasional (una vez al mes o menos). Las 9 pacientes restantes recibieron el tratamiento adecuado al grado de la IUE (rehabilitación o cirugía), presentando la mayoría de ellas mejoría clínica postratamiento.

En los casos de VH con IUE asociada, la mayoría de las pacientes precisaron seguimiento en consulta y tratamiento específico. Sólo un caso muy leve y con síntomas ocasionales, no precisó evaluación de forma periódica en consulta. En el resto de casos, se realizó tratamiento individualizado de las pacientes en función de la clínica predominante. Algunas de ellas recibieron tratamiento médico y quirúrgico a la vez. La mayoría de las pacientes obtuvo mejoría clínica de los síntomas, salvo algún caso que no respondió al tratamiento realizado, posiblemente, en relación con la presencia de otros factores asociados.

DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

En esta parte de nuestro trabajo procedemos a la discusión de los resultados obtenidos por nosotros comparándolos con los de la literatura. Para ello y, siguiendo los objetivos planteados, dividimos este apartado en: análisis de la prevalencia de la vejiga hiperactiva, descripción de las características basales de la población femenina postmenopáusica afecta y no afecta de vejiga hiperactiva, evaluación de la posible presencia de otros síntomas urogenitales en estas mujeres y su asociación con la vejiga hiperactiva, evaluación del uso de recursos sanitarios por parte de estas pacientes, de su percepción de enfermedad y de su deseo de seguimiento y tratamiento, valoración de la calidad de vida en pacientes afectas de vejiga hiperactiva y evaluación del seguimiento longitudinal de esta patología en las consultas especializadas.

6.1 INCONTINENCIA URINARIA. PREVALENCIA DE LA VEJIGA HIPERACTIVA.

Hemos visto, en los apartados precedentes, como la incontinencia urinaria (IU) constituye un problema médico y social importante, con una tendencia creciente en el momento actual debido, entre otros motivos, al envejecimiento de la población (106). Aunque existen diferentes definiciones de IU, la tendencia actual es utilizar el concepto propuesto por la Sociedad Internacional de Continencia (ICS) (1). De acuerdo con ésta, la IU se define como cualquier pérdida involuntaria de orina (1). Esta definición abarca tanto los síntomas de incontinencia (utilizados en estudios epidemiológicos y ensayos clínicos que típicamente utilizan cuestionarios basados en síntomas), como los signos físicos y el estudio urodinámico (85).

Sabemos que la IU tiene una prevalencia elevada en la población adulta, siendo de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres (106). Además, la incidencia de IU aumenta con la edad hasta ser considerada una de las principales patologías geriátricas tanto por su elevada prevalencia en mayores de 65 años como por la comorbilidad que puede ocasionar.

Sin embargo, es relativamente bajo el índice de consulta con el personal sanitario generado por este problema de salud (86), así, muchos pacientes afectados recurren, simplemente, al uso de productos absorbentes. Esto parece ser consecuencia de los factores individuales, socioculturales y asistenciales que influyen en la comunidad y que afectan, sobre todo, a personas mayores (106).

Por otro lado, la incontinencia urinaria no es una patología que suponga un riesgo vital para el sujeto, pero deteriora significativamente la calidad de vida de los pacientes, limita su autonomía y reduce su autoestima (87,96). En estudios de calidad de vida existentes en la literatura (88), observamos que la afectación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) por la IU puede ser muy importante, e incluso superar al deterioro provocado por algunas enfermedades crónicas más prevalentes en población de edad avanzada (21).

Vemos, por tanto, cómo la incontinencia es una patología prevalente y con múltiples facetas a considerar: patología subyacente, envejecimiento, afectación de la calidad de vida, etc. Por ello, es sumamente importante conocer su prevalencia. Sin embargo, sabemos que las cifras de prevalencia de incontinencia que muestran los diferentes estudios son muy variables, dependiendo de una serie de factores como el concepto de incontinencia, el método de estudio, el nivel asistencial estudiado y otras características a estudio. Esto hace que sea difícil obtener un valor de prevalencia próximo al valor real de la población (106).

En general, cuando hablamos de prevalencia y de afectación de la IU, nos referimos a la incontinencia urinaria global, pero esta tendencia se mantiene cuando estudiamos los distintos tipos de incontinencia urinaria (incontinencia urinaria de urgencia, de esfuerzo, mixta,..). De este modo, al revisar los estudios existentes en la literatura acerca de vejiga hiperactiva (con o sin incontinencia urinaria de urgencia), observamos que hay gran variabilidad en los datos de prevalencia que aportan. Como hemos señalado previamente, esto se debe a la

ambigüedad en la definición del término y, probablemente, a la forma de llevar a cabo la recogida de los datos que utilizan los diferentes estudios.

Así, las cifras de prevalencia de VH en los distintos trabajos, oscilan entre el 17 y el 44% (61,62) y estas variaciones en los resultados de prevalencia se mantienen (cuando hablamos de prevalencia de incontinencia urinaria de forma global), independientemente del tipo de incontinencia (68-76). La **Tabla 35** muestra alguna de las diferencias en los resultados de prevalencia de incontinencia urinaria obtenidos en distintos estudios.

TABLA 35. Resultados de distintos estudios sobre prevalencia de incontinencia urinaria en población femenina			
Estudio	N	Edad (años)	Prevalencia (%)
Yarnel et al. (1981)(68)	1000	≥17	45
Holst and Wilson (1988)(69)	851	≥18	31
Sommer et al. (1990)(64)	414	20-79	40
Brocklehurst (1993)(70)	2124	≥30	9
Sandvick et al (1993)(71)	1820	≥20	29
Swithinbank et al. (1999)(72)	2075	≥18	69
Hannestad et al. (2000)(73)	27936	≥20	26
Bortolotti et al. (2000)(75)	5488	≥40	11
Moller et al. (2000)(76)	2860	40-60	72
Castro et al. (2005)(3)	1669	≥40	25.6

Las tasas de prevalencia de VH van a variar en función del criterio diagnóstico del autor, que puede considerar la presencia o no de VH según el tipo y la frecuencia de aparición de los síntomas en un período de tiempo determinado. Sin embargo, tiene igual o más importancia a la hora de hablar de prevalencia, el método de recogida de datos utilizado. Así, cuando la información se recoge mediante entrevista por correo, aumenta el sesgo de no respuesta y el de mala clasificación (63), obteniendo valores de prevalencia que puede que no reflejen las tasas reales de prevalencia. En un estudio realizado por Sommer (64), mediante cuestionarios

enviados por correo, se obtuvo respuesta sólo en el 69% de los casos y, de ellos, un 40% referían algún tipo de IU.

Sin embargo, en los casos en los que la entrevista se realiza de forma telefónica y/o presencial, disminuye el porcentaje de no respuesta y mejora la capacidad de realizar un diagnóstico adecuado. Simeonova (62) realiza encuestas presenciales desde las consultas de atención primaria, obteniendo una prevalencia de incontinencia urinaria de algún tipo del 44%.

En el trabajo que nos ocupa y, como se expone en el apartado de material y método, se han realizado encuestas telefónicas para la detección de posibles casos de VH, a los cuales se les ha hecho posteriormente una encuesta presencial, para valorar si se ha realizado un correcto diagnóstico. Además, los sujetos han sido seleccionados de la población general de forma aleatoria, es decir, población “sana” según criterios epidemiológicos (107,108), lo cual hace que la prevalencia obtenida se aproxime más a la prevalencia real de la enfermedad, al contrario de lo que sucede cuando se entrevista a los sujetos que acuden a una consulta médica porque refieren cualquier patología aunque, de entrada, no presente relación con la enfermedad a estudio. Así, se sabe que en estos casos, la prevalencia se puede encontrar falsamente aumentada (58).

Por tanto, en relación con la metodología utilizada, en el presente estudio se reduce a priori el porcentaje de no respuesta y el número de falsos negativos, lo que hace pensar que los datos de prevalencia que hemos obtenido se aproximen más a la prevalencia real de VH de la población general. Una ventaja muy importante es la “n” en la que basamos el estudio. Como comentamos en material y métodos, al hablar de una población teórica de mujeres postmenopáusicas en la Comunidad de Madrid, superior al millón de personas (65) y, al haber obtenido los datos de forma aleatorizada de la codificación de las tarjetas sanitarias, nos da una base auténticamente poblacional. De hecho, en el apartado de material, ya comentamos cómo por encima de 20.000 pacientes no aumenta el tamaño

necesario de la muestra. De este modo, la prevalencia global de hiperactividad vesical en la población general de mujeres sería de un 19.4 % a partir de los 50 años de edad, según los datos obtenidos en nuestro estudio.

Estos resultados se asemejan a los datos obtenidos en el programa NOBLE (23) en Estados Unidos, donde se obtiene una prevalencia media de VH en mujeres mayores de 18 años del 16,9 %, tras evaluar a 5204 sujetos mediante encuestas telefónicas.

Cuando estratificamos por grupos de edad, observamos que la prevalencia de VH es más alta a medida que avanza la edad (24). Esto sucede generalmente en los diferentes tipos de incontinencia: con la edad aumenta la prevalencia y la severidad de los síntomas. Así, en la revisión realizada por Hampel (22) sobre la prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres, al estratificar por edad se obtiene que en mujeres menores de 30 años un 5% presenta IU de forma regular; entre los 30 y los 60 años, la prevalencia media es del 24,5% (14-41%) y en mujeres mayores de 60 años, la prevalencia media global publicada es del 23,5% (4.5-44%). Se trata de un metaanálisis que recoge la información de diferentes estudios realizados en períodos de tiempo que no son homogéneos. Tampoco la metodología empleada lo es. Esto puede explicar la variabilidad en las tasas de prevalencia de IU que obtienen.

Para el caso concreto de la hiperactividad vesical, los estudios existentes muestran datos similares en cuanto al incremento de la prevalencia con el paso del tiempo. En el ya mencionado estudio de Milsom et al (2), la prevalencia de vejiga hiperactiva observada en mujeres menores de 40 años se sitúa en un 9.7%, es del 11.2% entre los 40-59 años y del 18.3% a partir de los 60 años de edad. Se trata de un estudio realizado en cinco países, donde se incluyeron hombres y mujeres \geq 18 años, a los que se les realizó una encuesta telefónica para la detección de síntomas urinarios. Los resultados que muestran en cuanto a prevalencia de vejiga hiperactiva son inferiores a los obtenidos en el presente estudio, pese a emplear la misma metodología.

Los resultados del estudio de Castro et al (3) muestran cifras superiores en cuanto a la prevalencia de VH en la población y también presentan variaciones con la edad. En este caso, es un estudio realizado en población española, donde se incluyeron 1669 participantes de ambos sexos, a los que se les realizó una entrevista telefónica para el diagnóstico de síntomas urinarios. Obtuvieron una prevalencia del 15.2% de vejiga hiperactiva en mujeres entre 40-49 años de edad, del 21.7% entre los 50-59 años, del 24.5% entre 60-69 años y un 33.2% a partir de los 70 años. Estos datos son similares a los obtenidos en nuestro estudio, donde hemos utilizado una metodología parecida.

Otro trabajo realizado en población española es el estudio EPICC (4). Se trata de un estudio multicéntrico que incluye a mujeres laboralmente activas entre los 25-64 años, a varones laboralmente activos entre los 50-65 años, a niños y a mayores de 65 años institucionalizados. El objetivo era estudiar la prevalencia de patología urinaria en estos grupos, mediante la realización de entrevistas presenciales. Según los resultados de dicho estudio, la prevalencia de vejiga hiperactiva (VH) y de incontinencia urinaria (IU) aisladas en mujeres laboralmente activas (entre los 25 y los 64 años) es de 2,69% y 4,01% respectivamente, mientras que en personas de más de 65 años la prevalencia observada es de 9,14% para VH y 15,16% para la IU. En total, el 9,94% (IC 95% 8,9–11,04) de las mujeres estudiadas están afectas de VH y/o IU. En este caso, las cifras de prevalencia obtenidas para la VH son inferiores a las del estudio previo (Castro et al) y, también difieren de las obtenidas en nuestro trabajo. Esto puede ser debido, entre otras razones, al tipo de metodología utilizada y al empleo de definiciones de IU y de VH que no coinciden con las establecidas por la ICS (1).

Como podemos observar, los diferentes estudios muestran cifras dispares en cuanto a los resultados de prevalencia de VH, pero mantienen una tendencia en aumento a medida que avanza la edad.

En el presente estudio hemos analizado la prevalencia de VH y de otros síntomas urinarios en mujeres a partir de los 50 años, estratificando primero por grupos de edad a intervalos de 5 años y, después, por décadas. De esta manera, hemos obtenido valores de prevalencia que van aumentando a medida que se incrementa la edad. Como podemos observar en la **Tabla 15**, la prevalencia de VH aumenta a partir de la octava década de la vida (70-79 años), llegando a afectar al 27.5 % de las mujeres en la novena década (80-89 años).

En el caso de la IUU, obtenemos una prevalencia del 11.45 % en mujeres postmenopáusicas a partir de los 50 años de edad (**Tabla 16**) y, de igual modo a lo que sucede en la VH, observamos el aumento en las tasas de prevalencia de IUU a medida que avanza la edad, principalmente en la novena década de la vida (20.5 %). Estos datos los mostramos en la **Tabla 18**.

Cuando comparamos los resultados de nuestro estudio con los estudios presentes en la literatura, algunos de ellos ya mencionados, observamos que en todos se mantiene el incremento en las tasas de prevalencia de VH y de IU en relación con la edad, sin embargo, estas tasas obtenidas difieren entre ellos. Es el estudio de Castro et al el que presenta los resultados que más se asemejan a los obtenidos en nuestro trabajo, como ya hemos visto. Estas diferencias entre estudios posiblemente estén en relación con los criterios de inclusión y exclusión, con las definiciones empleadas y con la metodología de los distintos trabajos.

6.2 CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA POBLACIÓN Y FACTORES DE RIESGO PARA LA HIPERACTIVIDAD VESICAL

Además de la edad que, como hemos observado, tiene una fuerte asociación con la prevalencia de la vejiga hiperactiva, esta entidad puede asociarse con otros factores de riesgo como son: la paridad, la obesidad, los síntomas del tracto urinario inferior, el deterioro funcional y/o la menopausia. Ya hemos señalado que no existe una clara relación causal entre los factores de riesgo y el grado y/o tipo de incontinencia urinaria, sin embargo, en nuestro estudio hemos analizado la prevalencia de VH en relación con estos factores de riesgo, analizando diversas características basales en población afecta y no afecta de hiperactividad vesical.

La paridad está identificada como factor de riesgo de incontinencia urinaria (81). El parto vaginal, el número de embarazos y partos, el parto instrumental y la macrosomía, son factores que se relacionan de forma directa con la incontinencia urinaria de esfuerzo (78,79). En el estudio realizado por Handa (80), se compara la cesárea sin trabajo de parto con el parto vaginal y este último tiene un mayor riesgo de incontinencia urinaria con una probabilidad de riesgo de 2,9 (IC 95 % 1.5-5.5); y de prolapso genital de grado II o III con una probabilidad de riesgo 5,6 (IC 95 % 2.2-14.7). Además, se demuestra que el parto instrumental incrementa el riesgo de prolapso, con una probabilidad de riesgo de 7,5 (IC 95 % 2.7-20.9).

También existe relación entre la edad de inicio de la maternidad y la aparición de incontinencia urinaria, de forma que cuanto más avanzada es la edad con la que se tiene el primer parto, mayor es el riesgo de presentar incontinencia urinaria de esfuerzo (63,77).

Todos estos estudios muestran una relación causal entre paridad e incontinencia urinaria de esfuerzo, sin embargo, esta relación no está tan clara en los casos de hiperactividad vesical con o sin incontinencia urinaria de urgencia. Así lo demuestra, por ejemplo, el estudio EPICC (4), donde el número medio de episiotomías y uso de fórceps en mujeres con VH fue similar al del grupo sin ninguna patología urinaria, mientras que fue superior en el grupo de mujeres con IU y ambas patologías. En nuestro estudio, al evaluar los antecedentes obstétricos en mujeres afectas de VH con o sin IUU, observamos que el 49.64 % de ellas no presenta antecedentes obstétricos de interés, un 39.57 % ha tenido tres o más partos vaginales, el 5.04 % presenta antecedentes de algún hijo nacido con peso ≥ 4000 g o de parto instrumental y un 5.76 % presenta dos o más de los antecedentes descritos (**Figura 8**). Además, al igual que sucede en el estudio EPICC, cuando comparamos estos datos con los obtenidos para la IUE, vemos que la presencia de antecedentes obstétricos de interés es superior en el grupo con IUE frente al de VH (**Figura 9**).

Al comparar los resultados obtenidos para población sana, VH e IUE, observamos que en población sana es mayor la proporción de mujeres sin antecedentes obstétricos de interés en comparación con el grupo de mujeres con VH o con IUE: un 63.27 % frente a un 49.64 % y un 50 % respectivamente. En la IUE el porcentaje de mujeres multíparas (44.16%) es superior al obtenido para población sana (29.39%) (OR= 2.2 IC95% 1.5-3.26). En el caso de la VH, un 39.57 % presenta los antecedentes descritos, siendo este resultado también superior al obtenido para mujeres sanas (OR= 1.84, IC95% 1.22-2.75). Además, podemos observar que las pacientes que tienen dos o más de los antecedentes obstétricos comentados presentan un aumento en la prevalencia de VH, en comparación con población sana o con IUE aislada, sin embargo, estas diferencias no son significativas ($p=0.27$).

Por tanto, aunque los antecedentes obstétricos son de gran importancia por la afectación que pueden generar a nivel de los tejidos del suelo pélvico, esta afectación no parece tan importante en cuanto a la hiperactividad vesical se refiere, salvo en el caso de tres o más partos vaginales, en comparación con la incontinencia urinaria de esfuerzo.

Cuando analizamos la obesidad como factor de riesgo de vejiga hiperactiva, encontramos resultados que se asemejan a los obtenidos para la paridad. El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de incontinencia urinaria (27), pero principalmente de incontinencia urinaria de esfuerzo. En el caso de la VH, la obesidad es un factor asociado, pero con menor relevancia que en los casos de IUE (109).

Al evaluar los datos de las pacientes entrevistadas, un 63.4% de las pacientes afectas de VH no eran obesas ($IMC < 30$) y un 36.6% tenían obesidad ($IMC \geq 30$). Cuando analizamos el grupo que no presenta obesidad, encontramos que el 59.4 % tiene clínica de VH, frente al 100 % en el caso de las obesas ($p=0.01$). En el caso de la IUE, obtuvimos que el 45.8 % de las pacientes evaluadas eran obesas, porcentaje superior al obtenido para VH (36.6 %). Estos datos llevan a considerar la obesidad como factor asociado a la presencia de IU y de VH en la población femenina postmenopáusica (**Tabla 19**).

En el trabajo realizado por Alling Moller et al (109), estudiaron los posibles factores asociados a incontinencia urinaria. Para ello, compararon a 487 mujeres entre 40-60 años afectas de síntomas urinarios, frente a 564 controles de las mismas características pero sin clínica urinaria. Obtuvieron que el IMC era un factor de riesgo asociado a la IU y a la VH (OR 4, IC95% 2.2-7.1).

Además, hay estudios que muestran cómo la pérdida ponderal puede mejorar la clínica en los casos de incontinencia urinaria de estrés e incluso los resultados de la cirugía (83). Por tanto y, al igual que sucede con los antecedentes obstétricos, la obesidad es un factor asociado a vejiga hiperactiva, sin embargo, tiene mayor importancia en los casos de incontinencia urinaria de esfuerzo.

En cuanto a la menopausia, es bien sabido que el déficit estrogénico presente en esta etapa de la vida de la mujer va a contribuir a la pérdida de elasticidad en los tejidos, incluidos los tejidos del suelo de la pelvis, además de ocasionar una deficiencia intrínseca del esfínter uretral (82). No obstante, estudios recientes no han demostrado que la menopausia por sí misma sea un factor de riesgo de incontinencia independiente de la edad (60).

En el presente estudio, cuando analizamos la edad media de inicio de la menopausia en mujeres diagnosticadas de hiperactividad vesical, con o sin incontinencia urinaria de urgencia y lo comparamos con aquellas mujeres que no presentan clínica miccional, observamos que en el primer grupo la edad media de inicio de la menopausia es de 49.08 ± 5.17 años para VH aislada y de 47.67 ± 6.87 años cuando se asocia a IUU, frente a un valor de 48.37 ± 7.07 años obtenido para el segundo grupo, no siendo significativas estas diferencias ($p= 0.21$). Más adelante comentaremos los datos obtenidos sobre la presencia de otros síntomas urogenitales, pero hacemos ahora una breve referencia a la IUE y su relación con la menopausia. Cuando calculamos la edad media de la menopausia en mujeres con IUE (48.21 ± 7.31 años) y lo comparamos con la edad media en mujeres sanas, las diferencias tampoco son significativas ($p= 0.43$). Esto hace pensar que, tanto en los casos de VH (con o sin IUU) como en aquellos casos que presentan IUE, no hay una relación directa entre la edad de inicio de la menopausia y la presencia de la clínica, al menos como factor independiente de la edad (**Tabla 21**).

También hemos analizado la edad media de la menopausia para las diferentes patologías en relación con el grado de severidad clínica, con el objetivo de establecer una posible relación entre ambas. Para ello, se ha establecido como severidad de los síntomas una puntuación ≥ 11 en Test ICIQ-SF (30) o una puntuación ≥ 8 en Test de Sandvik (60).

Para el test ICIQ-SF hemos obtenido que el 15.4% de las mujeres con VH que acuden a consulta presentan clínica leve (puntuación < 11), frente al 84.6% de ellas que obtienen una puntuación ≥ 11 . La edad media de la menopausia en el primer grupo es de 47.75 ± 4.7 años y, la obtenida para el segundo grupo, de 49.4 ± 4.12 , sin embargo estas diferencias no son significativas ($p= 0.33$). En el caso de la IUE, el 20.8 % de las mujeres que acuden a consulta presentan clínica leve en el test ICIQ-SF, frente al 79.2% que presentan clínica severa. Igual que sucede para la VH, cuando comparamos la edad media de la menopausia en la IUE con la severidad clínica, las diferencias encontradas tampoco son significativas ($p=0.47$). **(Tabla 23)**.

En el estudio de Sandvik (60), los resultados obtenidos muestran un aumento de la severidad de la incontinencia urinaria con la edad y con la menopausia. Además, tras aplicar el test validado de severidad, obtienen que el 27% de las mujeres incontinentes presentaban IU severa, mientras que más del 50% tenían IU leve.

Sin embargo, en nuestro trabajo, cuando analizamos la severidad clínica para las diferentes patologías, no encontramos diferencias significativas en relación con la edad de inicio de la menopausia. Así, observamos que el 79.1 % de las mujeres diagnosticadas de VH presenta clínica leve-moderada según el test de Sandvik, en comparación con el 8.6 % que presenta clínica severa, siendo la edad media de la menopausia en el primer grupo de 47.41 ± 8.04 años, frente a 48 ± 4.69 años en el segundo ($p=0.65$). Para la IUE, el 82.5 % de las mujeres presenta clínica leve-moderada y un 8.4% clínica severa. La edad media de la menopausia en el primer grupo es de 47.98 ± 7.71 años y, en el segundo, 48.46 ± 4.89 años ($p=0.67$).

Otros estudios también muestran que la severidad de la IU se incrementa con la edad (84). En el estudio EPINCONT (25) se observa que la IU severa supone el 17, 28 y 38% de la IUE, IUU y IUM, respectivamente.

En lo referente al grupo de IUE, la severidad de la incontinencia aumentaba de 10% en el grupo de edad 25 a 44 años a 33% en el de 60 ó más años. Para la IUU los valores correspondientes fueron 8% (entre los 25 y los 44 años) y 45% (en ≥ 60 años). Para los mismos grupos de edad, la severidad en los casos de IUM pasaba del 19 al 53%. De este modo, en el citado estudio epidemiológico concluyen que la prevalencia de la IU severa aumenta con la edad, con independencia del tipo de IU, con un rango de 1,7% en la tercera década de la vida a 16,2% en el grupo de pacientes mayores de 85 años (25).

Por tanto, dados los resultados obtenidos en los trabajos previamente citados, podemos decir que la severidad clínica de la IU y de la VH se incrementa con la edad, sin embargo y, de acuerdo a los hallazgos de nuestro estudio, no está tan clara la relación existente entre la severidad de los síntomas y la edad de inicio de la menopausia.

6.3 OTROS SÍNTOMAS UROGENITALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO. INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Ya hemos comentado que, de forma similar a la vejiga hiperactiva, en la incontinencia urinaria de esfuerzo, los diferentes estudios muestran que es una patología común en mujeres de edad avanzada, siendo la forma más común de IU en las mujeres menores de 75 años y suponiendo casi el 50% de todas las incontinencias en este grupo (86,89). En el caso de los varones, la IUE es una patología menos frecuente, pudiendo aparecer en casos de varones de edad avanzada tras cirugía prostática (21).

Como ya hemos mencionado en otros apartados, la IUE se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico que provoca un aumento de la presión abdominal (toser, reír, correr, andar). La definición establecida por la ICS consiste en la percepción de escape de orina con el esfuerzo (tos, estornudo), que se produce cuando la presión intravesical supera la presión de cierre uretral (1).

Aunque el objetivo principal de este trabajo es estudiar la prevalencia de vejiga hiperactiva (con o sin IUU) en población general, al tratarse de un estudio epidemiológico, hemos analizado la prevalencia de otros síntomas y síndromes urinarios presentes en la comunidad, entre ellos la IUE y la IUM.

En otros estudios epidemiológicos existentes en la literatura, algunos previamente mencionados, se muestra que la IUE es el tipo de IU más frecuentemente referido por los pacientes. Según el estudio realizado por Minassian (90), la IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que 30-40% tienen síntomas de IUM.

En el estudio EPINCONT (25), cuando analizan los diferentes tipos de incontinencia urinaria, observan que el 50 % de las mujeres incontinentes tenían síntomas de IUE, el 11% de IUU y el 36% de IUM. En la revisión realizada por Lose (89) se obtienen datos similares para los distintos tipos de incontinencia urinaria.

En el presente estudio, al analizar la prevalencia de IUE en la población general, obtenemos que el 21.51 % de las mujeres ≥ 50 años presentan síntomas de IUE y el 6.28 % de IUM. De este modo, la IUE supondría un 57.1 % de las mujeres incontinentes y la IUM el 23.6 %. Estos datos son similares a los obtenidos en el estudio EPINCONT (25) (50 y 36 % respectivamente).

Al estratificar la prevalencia obtenida para IUE por grupos de edad, obtenemos que la IUE es más prevalente en los grupos de edades más jóvenes, donde constituye el principal tipo de incontinencia urinaria. Así, para el grupo de edad entre 50-59 años, obtenemos que el 23 % presenta IUE. Sin embargo, al contrario de lo que ocurría con la VH y la IUU, las diferencias entre grupos de edad no son significativas ($p=0.47$). Estos datos aparecen recogidos en la **Tabla 28**.

En estudios previos, observamos que el porcentaje de mujeres incontinentes con IUE alcanza un pico máximo alrededor de la quinta década de la vida (86,89), para disminuir posteriormente a partir de la sexta década. Sin embargo, la IUM es más frecuente en mujeres de edad avanzada y supone un 40 a 48% en mujeres mayores de 60 años (86). Estos datos han sido obtenidos a partir de los síntomas que las pacientes han registrado en las encuestas postales, sin embargo, a pesar de la distinta metodología, los resultados se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio. Así, como acabamos de señalar, en el grupo de edad de 50-59 años, la IUE que hemos obtenido es del 23%, con un valor de pico máximo para este rango; y en el caso de IUM, el valor de prevalencia mayor obtenido es a partir de la octava década de la vida (> 70 años).

La distribución de la IUE por grupos de edad se muestra en la **Tabla 28**.

Cuando comparamos los datos de prevalencia de VH, IUU e IUE que hemos obtenido, observamos que la VH es más prevalente en el grupo de edad de 80-89 años (27.5 %), al igual que sucede en el caso de la IUU (20.5 %), mientras que la IUE lo es en el grupo de 50-59 años (23 %) (**Figura 13**).

Al tratarse de un estudio epidemiológico, centrado en la vejiga hiperactiva, en el cuestionario telefónico hemos hecho hincapié en los signos y síntomas asociados a ella. Tratando de averiguar el número de pacientes incontinentes y preguntando específicamente por la presencia de pérdidas de orina referidas por la paciente

(definición de incontinencia según la ICS) (1), hemos podido conocer la prevalencia de IUE e IUM en nuestra población.

Dados estos hechos, no hemos investigado la presencia o prevalencia de otros síntomas urogenitales tales como disuria o infecciones urinarias de repetición en la población general de estudio, al tratarse de entrevistas telefónicas. Pero sí conocemos estos datos en las pacientes que acudieron a la entrevista presencial. Así, vemos como el prolapso de órganos pélvicos está presente en el 29.2 % de las mujeres que presentan IUE y en el 13.3% de las que presentan VH (**Tabla 34**).

Lawrence et al (110) encuentran que el 80% de las pacientes con vejiga hiperactiva asocian algún otro trastorno del suelo pélvico, como IUE, prolapso de los órganos pélvicos o incontinencia anal, entre los más frecuentes.

Hay estudios que muestran la asociación de la vejiga hiperactiva con otros síntomas genitourinarios, como las infecciones genitales y del tracto urinario o la disfunción sexual, y con otras patologías como los trastornos del sueño (111). En nuestro caso, un 16.6 % de las pacientes con VH presenta infecciones del tracto urinario no complicadas con relativa frecuencia, y un 8.3 % en el caso de las mujeres con IUE (**Tabla 34**).

6.4 VEJIGA HIPERACTIVA Y CALIDAD DE VIDA

La incontinencia urinaria es una patología de alta prevalencia en la población general femenina española, como hemos podido observar en los resultados obtenidos en este estudio y en los existentes previamente en la literatura (3). Además, es una entidad con un impacto importante en la calidad de vida de las pacientes. Algunos estudios señalan, incluso, que la vejiga hiperactiva con IUU es el tipo de IU que mayor afectación ocasiona en la calidad de vida (91).

Por este motivo, en el momento actual, hay un interés creciente por parte de los profesionales sanitarios en estudiar, diagnosticar y tratar esta patología, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes afectados y conseguir una correcta distribución de los recursos sanitarios.

Es bien sabido que las mujeres con VH con o sin IUU desarrollan hábitos de comportamiento para contrarrestar el problema, tales como la reducción en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, entre otros (92). Además, muchas de estas pacientes no consultan los síntomas con ningún profesional. Sin embargo, en las pacientes que sí consultan los síntomas y, puesto que no se trata de una patología de riesgo vital, es necesario adaptar el tratamiento a la afectación y a las necesidades de las pacientes.

Con este objetivo, varios estudios han analizado la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en las mujeres incontinentes y, aunque todos presentan diferencias en cuanto al diseño, la metodología y los criterios diagnósticos, coinciden en que la incontinencia urinaria influye negativamente en los distintos aspectos de la vida diaria (a nivel social, laboral, sexual, físico, psicológico, etc.) (88). Algunos de estos estudios muestran que la incontinencia urinaria afecta más a la CVRS en las mujeres más jóvenes, principalmente en los casos de VH con IUU (93).

Para poder evaluar el impacto de los síntomas urinarios en la calidad de vida, la ICS recomienda valorar no sólo la presencia o ausencia del síntoma aislado, sino recoger la afectación de la paciente mediante una serie de cuestionarios de evaluación. De este modo, el impacto que los síntomas urinarios producen en la calidad de vida de las mujeres va a depender del tipo de síntoma, de la gravedad de los mismos y del grado de afectación que estos producen según las

características individuales (edad, tipo de actividades diarias, patología de base, etc.)

Por tanto, para evaluar la calidad de vida de las mujeres afectas por incontinencia urinaria y, siguiendo las recomendaciones de la ICS, hemos utilizado tres cuestionarios mixtos de evaluación de síntomas urinarios y calidad de vida. Dos de ellos son específicos para la valoración de la CVRS en pacientes con incontinencia y ambos están validados en España. Uno es el *King's Health Questionnaire* (31) y, el otro, es la versión española del cuestionario de la *International Consultation on Incontinence Short Form* (ICIQ-SF) (30).

El primero nos permite valorar la afectación que genera la incontinencia en los diferentes aspectos de la vida del sujeto, mediante la evaluación de diferentes dominios: físico, social, sexual, psicológico, etc. El segundo, es un cuestionario breve que permite detectar la IU y categorizar las pacientes de acuerdo con la gravedad de los síntomas y el grado de preocupación que éstos les generan (30).

En tercer lugar, hemos utilizado el cuestionario sobre vejiga hiperactiva-versión corta (*Overactive Bladder questionnaire-Short Form, OABq-SF*) (59). Con dicho cuestionario hemos valorado para los casos de vejiga hiperactiva, con o sin incontinencia urinaria asociada, el grado de molestia que estos síntomas urinarios ocasionan a las pacientes.

Al aplicar el test ICIQ-SF (30) en mujeres diagnosticadas de VH en la encuesta telefónica y, que posteriormente han acudido a la entrevista presencial, hemos obtenido que el 84.6 % de pacientes con VH presenta clínica de severidad (puntuación de ICIQ-SF ≥ 11), con importante afectación de la calidad de vida. Estos resultados los hemos mostrado previamente en la **Tabla 23**.

En el caso del King's Health Questionnaire (31), hemos aplicado el test a mujeres diagnosticadas de VH con o sin IUU y hemos comparado los resultados con los obtenidos en las mujeres afectas de IUE que han acudido a consulta. En el primer caso, al analizar la puntuación existente para los diferentes dominios de la vida diaria, obtenemos que las pacientes con VH (con o sin IUU) presentan afectación en todos los dominios, pero esta afectación es variable para cada uno de ellos, siendo mayor la puntuación obtenida en el dominio 2 y 5 (afectación del estado de salud por los problemas urinarios e impacto de la incontinencia respectivamente). En el caso de la IUE, la afectación por dominios es menor que para la VH, pero se mantienen los dominios 2 y 5 como los de mayor afectación percibida por la paciente. En ambos casos, las pacientes señalan la necesidad del uso habitual de absorbentes y la preocupación que presentan por el "olor" de los posibles escapes.

Al hacer una valoración por grupos de edad, las mujeres más jóvenes presentan una mayor afectación de la calidad de vida para ambos tipos de IU, comparado con las mujeres de edad más avanzada, conclusión mencionada por otros autores, como hemos dicho (93). Además, para el mismo rango de edad, la IUU supone una mayor afectación de la CVRS en comparación con la IUE. Estos datos están reflejados en la **Tabla 30**.

En un estudio de calidad de vida realizado por Espuña (96) se incluyeron 891 mujeres ≥ 18 años diagnosticadas de VH (síndrome urgencia-frecuencia) con o sin IU asociada, a las que se les pasó un auto-cuestionario para que rellenaran por escrito, donde se incluía el King's Health Questionnaire. 210 pacientes (un 23,6%) no cumplimentaron todas las dimensiones del cuestionario, posiblemente por no entender correctamente algunas de las preguntas (97). En total, 674 mujeres contestaron todos los ítems. Las dimensiones con mayor afectación fueron: la afectación por problemas urinarios, las limitaciones físicas y el impacto ocasionado por la IU. Cuando comparamos los datos con los obtenidos en nuestro estudio, vemos que los dominios del test con mayor puntuación por parte de las pacientes coinciden con los expuestos previamente del estudio de Espuña.

En la **Figura 16** mostramos la afectación obtenida para los diferentes dominios en las distintas patologías.

Otro estudio presente en la literatura sobre calidad de vida en IU (98), muestra la afectación obtenida para los diferentes síntomas de IU y, además, señala que la IUE de esfuerzo es más frecuente en mujeres menores de 65 años, mientras que otros síntomas, como urgencia, IUU, frecuencia y nocturia, son más frecuentes en el grupo de edad por encima de los 65 años. Esto va a determinar también la puntuación del test de calidad de vida, que va a depender más de la edad de la paciente que de la severidad del síntoma.

Para el test OABq-SF (59), los resultados en cuanto a la molestia ocasionada por los síntomas se asemejan a los obtenidos en los test anteriores. En el caso de pacientes de edad más avanzada, la puntuación ha sido considerablemente menor que en el caso de mujeres más jóvenes, en las que la IU supone una mayor afectación de la calidad de vida. Así, la puntuación media obtenida en pacientes jóvenes para VH es del 65.3 % en cuanto a grado de molestia de los síntomas, frente a un valor medio de molestias que no alcanza el 60 % en mujeres entre 80-89 años, donde la prevalencia de VH es más elevada. Estos datos están recogidos en la **Tabla 29**.

Hemos realizado el test también a pacientes con IUE, aunque no es un test orientado a la incontinencia de estrés, motivo por el cual la puntuación obtenida para estos casos es menor que para VH e IUU, dado que la molestia principal la genera la urgencia miccional (94, 95).

Un artículo reciente (112) evalúa los síntomas urogenitales y el grado de molestia de cada uno de ellos en población de ambos sexos. En el estudio, se observa que la urgencia miccional es el síntoma más frecuente (7.9%) tanto en varones como en mujeres, incluso más que la incontinencia urinaria de estrés (6.5%) y, además, el que más molestia genera a los pacientes. Por ello, no es extraño, que tanto las pacientes con VH aislada como las pacientes con IUU puntúen más alto en afectación de calidad de vida que las pacientes con IUE aislada.

Los resultados descritos ponen de manifiesto que el impacto de los síntomas urinarios sobre la CVRS depende del estilo de vida, la edad, el nivel sociocultural y las experiencias personales de las pacientes, y no tanto por la gravedad de los síntomas que presentan. Por ello, en mujeres de edad más avanzada, aunque presenten clínica de VH o de incontinencia grave, la afectación recogida en autocuestionarios de calidad de vida es menor, dada la limitación en las actividades diarias que presentan por edad u otra patología asociada (96).

6.5 UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA

Al enfrentarnos a una patología médica tan prevalente como la incontinencia urinaria en general o, específicamente la vejiga hiperactiva, es lógico pensar que las demandas de asistencia sanitaria en relación con estos procesos sean altas. Sin embargo, ello no es así. En los estudios realizados sobre demanda de ayuda médica por problemas urinarios, se estima que sólo entre una tercera y una cuarta parte de las personas afectas de incontinencia urinaria solicitan ayuda sanitaria, cifras muy bajas pese a tratarse de una patología con afectación importante de la calidad de vida. Hay varios estudios publicados al respecto, sin embargo, los resultados que muestran son enormemente variables y oscilan entre un 9 y un 47% de consultas por IU. Los trabajos más recientes hallan cifras que no superan el 30% de consultas para el caso de la IU global. En uno de ellos, se obtiene un valor medio del 25% (101).

Cabe pensar, que la baja demanda de ayuda sanitaria es debida, entre otros motivos, a la idea que tienen muchas mujeres de la incontinencia urinaria como síntoma propio del envejecimiento o secundario a la paridad y, que por tanto, no necesita consulta o tratamiento (102).

Además, se ha observado que las consultas por IU son menores en mujeres de edad más avanzada, que en pocas ocasiones solicitan ayuda, incluso a nivel de atención primaria. Se piensa que esto es debido a varias razones, entre ellas, el pudor y el sentimiento de vergüenza que la IU genera en las pacientes mayores, el nivel sociocultural, la falta de información sobre IU como problema de salud y sobre la posibilidad de tratamiento y, probablemente, por la escasa información sobre tratamientos y recursos disponibles por parte de los profesionales de atención primaria. En relación con ello, un estudio realizado en consultas de medicina primaria (103) analizó las causas de la baja demanda sanitaria de la IU en este ámbito y obtuvo que el 45% de los casos no consideraba la IU como un problema de salud y un 19% la identificaba como consecuencia de la edad.

En un estudio realizado en Japón (104) en 3026 mujeres postmenopáusicas que acudieron a las consultas de medicina primaria, se obtuvo que el 26.3% de ellas presentaba IU, sin embargo, sólo un 2.9 % consideraba preciso consultar por ello y, tan sólo un 1.9 % lo había hecho previamente.

La incontinencia urinaria afecta a la calidad de vida de las mujeres que la padecen, ocasionando un sentimiento de preocupación y de vergüenza importante en más de la mitad de ellas (96). Además, en el caso concreto de la VH y de la IUU, condiciona a la paciente a salir de casa o alejarse de ella, al uso de transporte público y a estar buscando continuamente un baño que pueda utilizar si le surge el deseo “repentino” de orinar (105).

En el estudio que nos ocupa, hemos analizado el porcentaje de pacientes con síntomas o síndromes urinarios que habían consultado con algún profesional sanitario o que estaban recibiendo tratamiento por alguno de estos problemas.

En el caso de la VH, obtenemos que del total de mujeres afectas sólo el 34.5% había demandado ayuda sanitaria y el 23.02 % había recibido tratamiento para ello.

En el caso de la IUU los resultados encontrados son similares, con un porcentaje de consulta previa del 39.02 % y un 23.2 % en cuanto a tratamiento recibido. Para la IUE, los valores obtenidos son aún menores, de forma que sólo el 29.9 % ha solicitado previamente ayuda y el 18.8 % ha recibido tratamiento. Estos datos aparecen recogidos en la **Tabla 31**.

Cuando comparamos los resultados obtenidos para las diferentes patologías, obtenemos que en el caso de la IUU el porcentaje de consultas es mayor (39.02 %), mientras que en el caso de la IUE se obtiene un menor número de consultas (29.9 %). Los resultados son similares cuando analizamos el porcentaje de pacientes que ya estaban recibiendo algún tratamiento: 23.2% en el caso de la IUU con respecto al 18.8% en la IUE. Estas diferencias son debidas, probablemente, a la mayor afectación de la calidad de vida por parte de la IUU en comparación con otros tipos de IU, como ya hemos comentado previamente.

También hemos evaluado a qué profesional consultan las pacientes sus síntomas urinarios con mayor frecuencia. Los resultados los recogemos en la **Tabla 32**. Para la VH, el 72.9 % de las pacientes consulta con el médico de familia. De igual modo sucede en el caso de IUU e IUE (68.8 y 54.3 % respectivamente). Así, podemos observar que en la mayoría de las ocasiones consultan con el médico de atención primaria, con independencia del tipo de patología urinaria que presenten.

Como hemos observado, el porcentaje de consulta por patología urinaria en mujeres afectas es bajo y, cuando consultan, lo hacen con el médico de familia.

Este hecho también se pone de manifiesto cuando ofrecemos ayuda sanitaria a las pacientes diagnosticadas de VH (con o sin IU asociada) a través de la entrevista telefónica. La mayoría de las mujeres afectas de síntomas urinarios no desea acudir a la entrevista presencial para evaluación y manejo. Así, de 201 participantes diagnosticadas de alguna patología urinaria, tan sólo 43 (21.4%) accedieron a la valoración en consulta. Las principales razones aducidas para no acudir a dicha evaluación fueron: la edad (en las mayores de 70 años), la inmovilidad o la dificultad para desplazarse hasta el hospital, la no percepción de los síntomas urinarios como un problema de salud, la vergüenza (generalmente en las mujeres de edad avanzada) y el hecho de no conocer personalmente al personal sanitario encargado de la evaluación. Así, muchas participantes preferían consultar con su médico de atención primaria, dado que es el profesional que conocen y que les inspira una mayor confianza.

Las 43 participantes diagnosticadas de patología urinaria que acudieron a la encuesta presencial, fueron evaluadas mediante la exploración física y la realización de test validados de incontinencia, confirmándose en todos los casos el diagnóstico telefónico. Además, recibieron tratamiento individualizado y seguimiento posterior en la consulta de suelo pélvico, como veremos en el apartado siguiente. Sin embargo, estas mujeres suponen sólo el 21.4% del total de mujeres afectas de patología urinaria de nuestro estudio.

6.6 EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS PACIENTES REMITIDAS A LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE SUELO PÉLVICO

Como hemos comentado, tras la evaluación presencial, las pacientes eran remitidas para seguimiento posterior de su patología a la consulta específica de suelo pélvico de nuestro hospital. A fecha actual y, como mencionamos en los resultados, disponemos del seguimiento de 43 pacientes que han acudido, al menos, una vez a la consulta.

De las pacientes con VH que acuden a la entrevista presencial en el hospital, un 89.5 % ha precisado seguimiento en consulta de suelo pélvico y un 78.9% ha recibido tratamiento adecuado. El 13.3 % no ha presentado mejoría clínica, debido en parte al abandono del tratamiento. En el caso de IUE, el 69.2% de las pacientes han precisado seguimiento periódico en consulta de suelo pélvico y todas ellas han recibido tratamiento adecuado a su patología (rehabilitación vs cirugía), obteniéndose mejoría clínica en el 88.8 % de los casos. Para la IUM, los resultados obtenidos son similares: el 90.0 % de las mujeres con IUM valoradas en la entrevista presencial, precisaron seguimiento posterior en consulta, recibiendo todas ellas el correspondiente tratamiento y obteniendo mejoría clínica en el 80 % de los casos. Estos datos están recogidos en la **Tabla 33**.

Hay estudios que analizan el porcentaje de pacientes que continúan el seguimiento propuesto en consulta y la adherencia al tratamiento prescrito. Así, el trabajo realizado por Simó et al (113), muestra que más de la mitad de la población de estudio con VH que continuó un seguimiento periódico en consultas especializadas, no cumplió o abandonó el tratamiento médico antes de los tres meses, debido principalmente a intolerancia o falta de eficacia. Estas cifras son superiores a las obtenidas en nuestro estudio, posiblemente debido a que disponen de un mayor tamaño muestral.

En relación con todo lo descrito previamente y, con el fin de mejorar la capacidad diagnóstica en la patología urinaria y ofrecer un correcto tratamiento y seguimiento de las pacientes, es preciso conocer la prevalencia de síntomas urinarios en la población general y modificar los condicionantes individuales y culturales que rodean a la paciente con IU.

El objetivo principal es ofrecer una adecuada asistencia sanitaria a las pacientes con problemas urinarios, mejorar la calidad de vida y realizar una correcta distribución de los recursos. En este aspecto, es fundamental la labor realizada por todos los profesionales sanitarios. Remarcamos el papel fundamental de la atención primaria en este caso, como en otros, al tratarse de una patología presente con frecuencia en la población general. Hemos observado cómo, en las pacientes afectas de patología urinaria y, específicamente, de vejiga hiperactiva, son estos profesionales los más consultados y demandados por ellas. También señalamos el papel de las consultas especializadas y su labor de evaluación, tratamiento y seguimiento de las pacientes que así lo requieran, hasta que puedan ser derivadas de nuevo a atención primaria. Este estudio, y los precedentes, muestran la gran tarea que queda por delante en la investigación y tratamiento de los síntomas urinarios y, primordialmente, en la incontinencia urinaria, en la población femenina.

CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

1. El síndrome de vejiga hiperactiva (VH) es una patología prevalente en nuestro medio; sin embargo, los datos de prevalencia de la misma varían entre los diferentes estudios presentes en la literatura. Esto hace, entre otras razones, que sea una entidad infradiagnosticada e infratratada.

2. En el estudio que hemos realizado, la prevalencia global de VH en mujeres postmenopáusicas de ≥ 50 años de nuestro entorno es del 19.4%. Cuando analizamos los resultados obtenidos por grupos de edad, observamos que las tasas de prevalencia aumentan a medida que avanza la edad, siendo claramente mayores a partir de la octava década de la vida.

3. En el caso de la incontinencia urinaria de urgencia (IUU), la prevalencia global obtenida es del 11.45 % y, al igual que sucede con la VH, aumenta con la edad, principalmente a partir de los 70 años.

4. La edad es el factor que con mayor fuerza se asocia a la presencia de VH y de IUU. Otros factores, como la obesidad o los antecedentes obstétricos, están relacionados con la aparición de VH por la afectación que producen a nivel del suelo pélvico. En el caso de los antecedentes obstétricos, sin embargo, esta relación es mayor en la IUE.

5. La edad de inicio de la menopausia no se asocia directamente con la VH y con la IU, al menos como factor independiente de la edad. Tampoco hemos observado diferencias significativas al analizar la relación entre la edad de inicio de la menopausia y la severidad clínica de la VH o de la IU.

6. La prevalencia global de IUE en las mujeres postmenopáusicas ≥ 50 años de nuestro medio es del 21.51 %. Además, es el tipo de IU más frecuente en las mujeres más jóvenes. La IUM está presente en el 6.28 % de la población estudiada, siendo mayor la prevalencia a partir de los 70 años de edad.

7. La VH, con o sin IU, produce una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes. Este deterioro es mayor en los casos de VH que asocian IUU y menor en la IUE aislada. A su vez, la afectación referida por las pacientes es mayor en los grupos de edad más jóvenes para todas las patologías estudiadas.

8. Pese al deterioro que ocasiona en la calidad de vida, sólo un tercio de las pacientes diagnosticadas de VH y/o IU habían consultado previamente con algún profesional sanitario, siendo este profesional, en la mayoría de las ocasiones, el médico de atención primaria. La razón aducida para ello fue el hecho de conocer personalmente al profesional sanitario y la confianza inspirada por él. También fue bajo el porcentaje de mujeres que, habiendo sido diagnosticadas de patología, aceptaron valoración clínica en consultas específicas (21.4%). Las principales razones referidas para ello fueron: tener edad muy avanzada o patología asociada que les impedía el acceso a las consultas, la no percepción de la patología urinaria como un problema de salud y, el hecho, como hemos comentado previamente, de preferir consultar con su médico de atención primaria.

9. En cuanto al seguimiento posterior en consultas especializadas, la mayor parte de las pacientes diagnosticadas de patología urinaria que acudieron a la entrevista presencial, fueron controladas periódicamente y recibieron el tratamiento adecuado, obteniendo mejoría clínica en su mayoría. Este punto refuerza nuestra idea del valor de investigar la patología urinaria en la población femenina en general.

10. En resumen y, por todo lo expuesto previamente, es preciso conocer la prevalencia de síntomas urinarios en la población general y tratar de modificar los condicionantes individuales y culturales que rodean a la paciente con IU, con el objetivo de mejorar la capacidad diagnóstica en la patología urinaria y ofrecer un correcto tratamiento y seguimiento de las pacientes, con una adecuada distribución de los recursos sanitarios. Remarcamos, en este caso, el papel fundamental de la atención primaria, como lugar preferente en el que las pacientes refieren sus problemas.

BIBLIOGRAFÍA

8. BIBLIOGRAFIA

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. The standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2002; 21: 167-178.
2. Irwin DE, Milsom I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z et al. Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study. *European Urology*. 2006; 50: 1306–1315.
3. Castro D, Espuña M, Prieto M y Badia X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Arch. Esp. Urol*. 2005; 58.2: 131-138.
4. Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M et al. Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009; 33(2): 159-166.
5. Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence. *BJU Int* 2003; 92: 731-5.
6. Wagenlehner FM, Bschleipfer T, Liedl B, Gunnemann A, Petros P, Weidner W. Surgical reconstruction of pelvic floor descent: anatomic and functional aspects. *Urol Int*. 2010; 84(1):1-9.
7. Herschorn S. Female pelvic floor anatomy: the pelvic floor, supporting structures, and pelvic organs. *Rev Urol*. 2004; 6 Suppl 5:S2-S10.
8. Graumann W, Sasse D. Compact Lehrbuch Anatomie 2 Band: Bewegungsapparat. München, Schattauer Gmbh, 2004.

9. Sadler TW. Langman: Embriología médica con orientación clínica. Madrid, Editorial Médica Panamericana, 2001.
10. Li D, Guo M. Morphology of the levator ani muscle. Dis Colon Rectum 2007; 50(11): 1831-9.
11. Baggish M y Karram M. Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica. 2ª edición. Editorial Panamericana, 2009.
12. Walters M. Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis. 3ª edición. Masson, 2008.
13. Waschke J: Sobotta: Atlas de anatomía humana. Volumen 2: Anatomía de los órganos internos. 23ª edición. Elsevier España, S.A., 2012.
14. Petros P, Ulmstem U. An integral theory of female urinary incontinence. Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 69 Suppl 153: 7-31.
15. Díaz García JL, Castro Díaz D. Vejiga hiperactiva. En: Castro Díaz D y Espuña Pons M, editores. Tratado de Incontinencia Urinaria. Madrid: Luzán S.A., 2006: 113-140.
16. Brading AF, Turner WH. The unstable bladder: towards a common mechanism. Br J Urol 1994; 73(1): 3-8.
17. Yoshida M, Miyamae K, Iwashita H, Otani M, Inadome A. Management of detrusor dysfunction in the elderly: changes in acetylcholine and adenosine triphosphate release during aging. Urology 2004; 63: 17-23.
18. Martínez-Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Burgués Gasió JP. Detrusor hiperactivo: fisiopatología. En: Martínez-Agulló E, editor. Manual práctico sobre Incontinencia Urinaria. Madrid: Laboratorios Indas S.A., 1999: 1-33.

19. Drake MJ, Mills IW, Gillespie JI. Model of peripheral autonomous modules and a myovesical plexus in normal and overactive bladder function. *Lancet* 2001; 358(9279): 401-3.
20. Dixon JS, Gilpin CJ. Presumptive sensory axons of the human urinary bladder: a fine structural study. *J Anat* 1987; 151: 199-207.
21. Hunskaar S, Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, et al. Epidemiology of Urinary (UI) and Faecal (FI) Incontinence and Pelvic organ Prolapse (POP). En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editores. *Incontinence. Basics and Evaluation. Volumen 1. 3º International Consultation on Incontinence, June 2004.* Plymbridge Distributors Ltd. UK. 2005. p.265-80.
22. Hampel C, Wienhold D, Benken N et al. Prevalence and Natural History of Female Incontinence. *Eur Urol.* 1997; 32 (Supl.2): 3-12.
23. Stewart W, Herzog R, Wein A, et al. The prevalence and impact of overactive bladder in the U.S: results from the NOBLE program. *Neurourol Urodynam* 2001; 20: 406-408.
24. Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García MP, Moriano Bejar P, et al. Epidemiología e impacto de la incontinencia urinaria en mujeres de 40 a 65 años de edad en un área sanitaria de Madrid Atención Primaria, Volume 32, Issue 7, Pages 410-414.
25. Rortveit G, Hannestd YS, Daltveit AK, Hunskaar S. Age-and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *Obstet Gynecol.* 2001; 98: 1004-10.
26. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003; 348: 900-907.
27. Martínez Córcoles B et al. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp [online].* 2008, vol.32, n.2, pp. 202-210. ISSN 0210-4806.

28. Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: Comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 137-145.
29. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 116-120.
30. Espuña M, Rebollo P. Validación de la versión española del ICIQ-SF. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 288-292.
31. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2000; 114: 654-652.
32. Sampsel CM, Palmer MH, Boyington AR, O'Dell k, Wooldridge L. Prevention of Urinary Incontinence in Adults: Population-Based Strategies. *Nursing Research* 2004; 53 (Supl. 6): S61-S67.
33. Berghmans LC, Hendriks HJ, et al. Conservative treatment of urge urinary incontinence in women: a systematic review of randomized clinical trials. *BJU Int* 2000; 85: 254-263.
34. Nabi G, Cody JD, Ellis G, Herbison P, Hay-Smith J. Anticholinergic drugs versus placebo for overactive bladder syndrome in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD00378.
35. Frazier EP, Peters SL, Braverman AS, Ruggieri MR, et al. Signal transduction underlying the control of urinary bladder smooth muscle tone by muscarinic receptors and beta-adrenoceptors. *Arch Pharmacol* 2008; 377(4-6): 449-62.
36. Andersson K-E. Antimuscarinic mechanisms and the overactive detrusor: an update. *Eur Urol* 2010; doi:10.1016/j.eururo.2010.11.040.

37. Veenboer PW, Bosch JL. Long-term adherence to antimuscarinic therapy in everyday practice: a systematic review. *J Urol*. 2014 Apr; 191(4):1003-8.
38. Khullar V, Cambroner J, Stromberg P, et al. The efficacy and tolerability of mirabegron in patients with overactive bladder. Results from a European-Australian Phase III trial. *Eur Urol Suppl* 2011; 10: 278.
39. Chapple CR(1), Nitti VW, Khullar V, Wyndaele JJ, Herschorn S, van Kerrebroeck P, et al. Onset of action of the β 3-adrenoceptor agonist, mirabegron, in Phase II and III clinical trials in patients with overactive bladder. *World J Urol*. 2014; 32(6):1565-72.
40. Jayarajan J (1), Radomski SB (1). Pharmacotherapy of overactive bladder in adults: a review of efficacy, tolerability, and quality of life. *Res Rep Urol*. 2013; 6:1-16.
41. Abrams P, Kelleher C, Staskin D, Rechberger T, Kay R, Martina R, et al. Combination Treatment with Mirabegron and Solifenacin in Patients with Overactive Bladder: Efficacy and Safety Results from a Randomised, Double-blind, Dose-ranging, Phase 2 Study (Symphony). *Eur Urol*. 2014 Feb 19. pii: S0302-2838(14)00131-6. doi:10.1016/j.eururo.2014.02.012.
42. Oliver S, Fowler CJ, Mundy A, Craggs M. Measuring the sensations of urge and bladder filling during cystometry in urge incontinence and the effects of neuromodulation. *Neurourol Urodyn* 2003; 22: Congregado Ruiz B, Pena Outeiriño XM, Campoy Martínez P, León Dueñas E, Leal López A. Peripheral afferent nerve stimulation for treatment of lower urinary tract irritative symptoms. *Eur Urol* 2004; 45: 65-9.

43. Apostolidis A, Popat R, Yiangou Y, Cockayne D, Ford AP, Davis JB, et al. Decreased sensory receptors P2X3 and TRPV1 in suburothelial nerve fibers following intradetrusor injections of botulinum toxin for human detrusor overactivity. *J Urol* 2005; 174(3): 977-8.
44. Organización Mundial de la Salud, Grupo sobre la Calidad de Vida. ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud* 1996; 17(4):385-87.
45. Rebollo P, Valderas JM, Ortega F. Progress in Spain of the described barriers to the use of perceived health status measures in the clinical practice. *Med Clin (Barc)*. 2005; 125:703-5.
46. Saarni SI, Harkanen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-SD. *Qual Life Res*. 2006; 15:1403-14.
47. Coyne KS, Wein AJ, Tubaro A, Sexton CC, Thompson CL, Kopp ZS, et al. The burden of lower urinary tract symptoms: Evaluating the effect of LUTS on health-related quality of life, anxiety and depression: EpiLUTS. *BJU Int*. 2009; 103: 4-11.
48. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Kopp ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 2008; 101: 1388-95.
49. Irwin DE, Milsom I, Reilly K, Hunskaar S, Kopp Z, Herschorn S, et al. Overactive bladder is associated with erectile dysfunction and reduced sexual quality of life in men. *J Sex Med*. 2008; 5:2904-10.
50. Coyne KS, Margolis MK, Jumadilova Z, Bavendam T, Mueller E, Rogers R. Overactive bladder and women's sexual health: what is the impact? *J Sex Med*. 2007; 4: 656-66.

51. Martínez Agulló E, Ruíz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Rebollo P, Pérez M, Chaves J y Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Impacto de la incontinencia urinaria y del síndrome de vejiga hiperactiva en la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes de mediana edad laboralmente activos y mayores de 65 años institucionalizados. *Actas Urol Esp.* 2010; 34(3): 242-250.
52. Soules MR, Sherman S, Parrott E, Rebar R, Santoro N, Utian W, et al. Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *J Womens Health Gend Based Med.* 2001 Nov; 10(9):843-8.
53. Haney AF. Fisiología del climaterio. *Clin. Obstet. Ginecol.* 1986, 2:397-406.
54. Whelan EA, Sandler DP, McConnaughey DR, Weinberg CR. Menstrual and reproductive characteristics and age at natural menopause. *Am J Epidemiol* 1990, 131:625-32.
55. Fernández Villoria E, Rodríguez Tramullas A. Menopausia y Sociedad. Climaterio y Menopausia. En: Mirpal, Ciba-Geigy. Madrid: Ed: S. Palacios Gil-Antuñano, 1992: 1-8.
56. Ferguson T. Digital doctoring-opportunities and challenges in electronic patient-physician communication. *Jama* 1998; 280(15):1361-2.
57. Eysenbach G, Diepgen TL. Epidemiological data can be gathered with world wide web. *BMJ (Clinical research ed.)* 1998; 316(7124):72.
58. Bretones Alcaraz JJ, del Pino Pino MD, García Vílchez MA, Fajardo Cabrerizo ML, Sáez García JM, Ortega López I. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Atención Primaria.* Vol. 20. Núm. 1. 15 Junio 1997.
59. Coine K, Revicki D, Hunt T, Corey R, Stewart W, Bentkover J, Kurth H, Abrams P. Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: the OABq. *Qual Life Res.* 2002; 11(6): 563-574.

60. Sandvik H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar S (2000). A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48-hour pad-weighing tests. *Neurourol Urodyn* 19:137-145.
61. Lagace EA, Hansen W, Hickner JM. Prevalence and severity of incontinence in ambulatory adults. *J Fam Pract* 1993; 36: 610-614.
62. Simeonova Z, Bengtsson C. Prevalence of urinary incontinence among women at a Swedish primary health care center. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 203-206.
63. Foldspang A, Mommsen S, Lam GW, Elving L. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence. *J Epidemiol Community Health* 1992; 46: 143-145.
64. Sommer P, Bauer T, Nielsen KK, Kristensen ES, Hermann GG, Steven K et al. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. A questionnaire survey. *Br J Urol* 1990; 66: 12-15.
65. Comunidad de Madrid. Estadística poblacional. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/descarga/padcedad.xls> (consultado en abril de 2011).
66. Abrams P, Blaivas JG, Stanton SL, Andersen JT. The International Continence Society Committee on Standardisation of Terminology: The standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Neurourol Urodyn* 1988; 7:403-27.
67. Foldspang A, Mommsen S. The International Continence Society (ICS) incontinence definition: is the social and hygienic aspect appropriate for etiologic research? *J Clin Epidemiol* 1997; 50:1055-60.
68. Yarnell JW, Voyle GJ, Richards CJ, et al. The prevalence and severity of urinary incontinence in women. *J Epidemiol Community Health* 1981; 35: 71-74.

69. Holst K, Wilson PD. The prevalence of female urinary incontinence and reasons for not seeking treatment. *N Z Med J* 1988; 101: 756-758.
70. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community: analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306: 832-834.
71. Sandvik H, Hunskaar S, Seim A, et al. Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 497-499.
72. Swithinbank LV, Donovan JL, Du Heaume JC, et al. Urinary symptoms and incontinence in women: relationships between occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract* 1999; 49:897-900.
73. Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, et al. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 1150-1157.
74. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, et al. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 259-271.
75. Bortolotti A, Bernardini B, Colli E, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in Italy. *Eur Urol* 2000; 37: 30-35.
76. Moller LA, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 298-305.
77. Bishop KR, Dougherty M, Mooney R, Gimotty P, Williams B. Effects of age parity and adherence on pelvic muscle response to exercise. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1992; 21: 401-406.

78. Brown JS, Nyberg LM, Kusek JW, Burgio KL, Diokno AC, Foldspang A, et al. Proceedings of the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases International Symposium on Epidemiologic Issues in Urinary Incontinence in Women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Jun; 188(6):S77-88.
79. Foldspang A, Hvidman L, Mommsen S, Nielsen JB. Risk of postpartum urinary incontinence associated with pregnancy and mode of delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004 Oct; 83(10):923-7.
80. Handa VL, Blomquist JL, Knoepp LR, Hoskey KA, McDermott KC, Muñoz A. Pelvic floor disorders 5-10 years after vaginal or cesarean childbirth. *Obstet Gynecol*. 2011 Oct; 118(4):777-84.
81. Naser M, Manríquez V, Gómez M. Efectos del embarazo y el parto sobre el piso pélvico. *Medwave* 2012 Mar/Abr; 12(3).
82. Grady D, Brown JS, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 116-120.
83. Subak LL, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown JS. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13: 40-43.
84. Nihira MA, Henderson N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep* 2003; 3: 340-347.
85. Cardozo L. New developments in the management of stress urinary incontinence. *BJU Int* 2004; 94 (Supl. 1): 1-3.
86. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ, Presisser JS, Davis CC, Bland DR et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 462-465.

87. Espuña Pons M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc) 2003; 120: 464-472.
88. Kelleher C. Quality of life and urinary incontinence. En: Textbook of Female Urology and Urogynecology. Cardozo L, Staskin D (Eds). Chp 5: 47-58. Isis Medical Media Ltd, United Kingdom 2001.
89. Lose G. The burden of stress urinary incontinence. Eur Urol Supplements 2005; 4: 5-10.
90. Minassian VA, Drutz HP, Al-Badr A. Urinary incontinence as a worldwide problem. Int J Gynaecol Obstet 2003; 82: 327-338.
91. Jolleys JV, Donovan JL, Nanchahal K, Peters TJ, Abrams P. Urinary symptoms in the community: How bothersome are they? Br J Urol 1994; 74(5):551-555.
92. Pascual MA. Prevalencia y calidad de vida. Prog Obstet Ginecol 2002; 45 (Supl. 1): 2-9.
93. Ertunc D, Tok EC, Pata O, Dilek U, Ozdemir G, Dilek S. Is stress urinary incontinence a familial condition? Acta Obstet Gynecol Scand 2004; 83: 912-916.
94. Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. Actas Urol Esp 2005; 29: 16-30.
95. Dwyer PL. Differentiating stress urinary incontinence from urge urinary incontinence. Int J Gynaecol Obstet 2004; 86 (Suppl.1): S17-S24.
96. Espuña Pons M, Puig Clota M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. Actas Urol Esp. 2006; 30(7):684-691.

97. Khan MS, Chalina C, Leskova L, Khullar V. The relationship between urinary symptom questionnaires and urodynamic diagnoses: an analysis of two methods of questionnaire administration. *BJOG* 2004; 111(5):468-474.
98. Espuña M, Puig M, Pérez A, Rebollo P. Incontinencia de orina de esfuerzo: primera causa de incontinencia en las mujeres remitidas a una unidad de uroginecología. *Arch Esp Urol*. 2004; 57(6):633-640.
99. Clinical Practice Guideline. Nº 2. AHCPR. Rockville MD. US Department and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. Publication 96-082. 1996.
100. Hording U, Pedersen KH, Sidenius K et al. Urinary incontinence in 45-years-old women. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20: 183-186.
101. Perry SI. Prevalence of urinary incontinence. En: Laycock J y Haslam J edit. *Therapeutic management of urinary incontinence and pelvic pain*. Springer-Verlag, London: 2002.
102. Shaw C, Tansey R, Hyde C et al. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract* 2001; 18: 48-52.
103. Dugan E, Roberts CP, Cohen SJ et al. Why older community-dwelling adults do not discuss urinary incontinence with their primary care physicians. *Am Geriatr Soc* 2001; 49: 462-465.
104. Ushiroyama T, Ikeda A, Ueki M. Prevalence, incidence and awareness in the treatment of menopausal urinary incontinence. *Maturitas* 1999; 33: 127- 132.
105. Norton C. Promotion, organization and education in continence care. En: Abrams P, Khoury S, Wein A editors. *1st International Consultation in Incontinence*. London: Mónaco, 1998.

106. Robles JE. La incontinencia urinaria. An Sist Sanit Navar 2006; 29 (2): 219-232.
107. O.M.S. Resolución W.H.A. 30, 43. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1977.
108. O.M.S. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978. (Serie SPT, 1).
109. Alling Moller L, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. Obstet Gynecol 2000 Sep; 96(3):446-51.
110. Lawrence JM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women Obstet Gynecol 2008; 111 (3): 678-85.
111. Castro Díaz D, Rebollo P, González-Segura D. Comorbilidad asociada al síndrome de vejiga hiperactiva. Arch. Esp. Urol. v.62 n.8 Madrid oct. 2009.
112. Agarwal A, Eryuzlu L et al. What Is the Most Bothersome Lower Urinary Tract Symptom? Individual- and Population-level Perspectives for Both Men and Women. Euro Urol 2014; 65 (1211-1217).
113. Simó M, Porta O et al. Adherencia a fesoterodina en mujeres con vejiga hiperactiva en la práctica clínica diaria. Actas Urol Esp 2015; 39 (8).
- .